

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Denisa Škvorová

Informovanost rodičů o syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS)

The knowledgeability of parents about Sudden Infant Death syndrome (SIDS)

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Konzultant: MUDr. Karel Chytrý

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17. 4. 2015

Denisa Škvorová
Podpis

Identifikační záznam:

Škvorová, Denisa. *Informovanost rodičů o syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS). [The knowledgeability of parents about Sudden Infant Death syndrome (SIDS)]*. Praha, 2015. 59 stran, 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

Poděkování:

Úvodem své bakalářské práce bych chtěla poděkovat paní Mgr. Miluši Kulhavé, za odborné vedení při zpracování bakalářské práce, za trpělivost, čas a ochotu při poskytování cenných rad. Také bych chtěla poděkovat panu MUDr. Karlu Chytrému za ochotu při odborných konzultacích. Velký dík patří také všem respondentům, kteří věnovali svůj čas vyplněním dotazníku pro výzkumnou část práce.

Dále bych chtěla moc poděkovat mé rodině, která při mně stála a podporovala mě během mého studia a psaní této práce.

Všem moc děkuji.

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá informovaností rodičů o problematice syndromu náhlého úmrtí kojence. Popisuje nejen etiologii a incidenci SIDS ale i rizikové faktory, prevenci a případnou první pomoc kojenci. Práce je teoreticko – praktická. Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly. První kapitola pojednává o historii syndromu náhlého úmrtí kojence, incidenci a etiologii. Druhá kapitola se věnuje rizikovým faktorům. Preventivní opatření jsou popsána ve třetí kapitole. Čtvrtá kapitola pojednává o první pomoci v případě SIDS - resuscitaci kojence. Praktická část práce obsahuje výsledky výzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření. Respondenty jsou rodiče od 20 do 45 let. Dotazníkové šetření mělo za cíl zjistit, zda jsou rodiče informováni o problematice SIDS, zda znají preventivní opatření, zda tyto opatření dodržují a zda znají správný postup poskytování první pomoci kojenci v případě SIDS. Posledním cílem dotazníkového šetření bylo srovnat odpovědi matek a otců a zjistit, zda jsou jejich znalosti o této problematice stejné. Výsledky výzkumu jsou znázorněny pomocí tabulek a grafů s doplňujícími komentáři. Z výsledků mého šetření vyplynulo, že jenom 65 % respondentů je informováno o problematice SIDS a že ženy jsou lépe informované než muži. Jen 19,6 % respondentů zná nejdůležitější opatření proti SIDS – spánek dítěte v poloze na zádech. 60,2 % respondentů dodržuje preventivní opatření. Za velmi hrozivý výsledek považují, že pouze 12,1 % respondentů zná správný postup poskytnutí první pomoci kojenci. Význam práce spatřuji upozornění na aktuálnost tohoto tématu.

Klíčová slova: SIDS, úmrtí, kojenec, prevence, první pomoc

Abstract:

This bachelor thesis deals with the awareness of parents about the problems of sudden infant death syndrome. It describes not only the etiology and incidence of SIDS, but also risk factors, prevention and eventual first aid to infants. The thesis is theoretical - practical. The theoretical part is divided into four chapters. The first chapter deals with the history of sudden infant death syndrome, incidence and etiology. The second chapter examines risk factors. The preventive steps are described in the third chapter. The fourth chapter deals with the first aid in case of SIDS - resuscitation of infants. The practical part contains the results of the research, which was conducted via questionnaire. All the respondents are parents from 20 to 45. A questionnaire survey was intended to find out whether these parents are informed about the problems of SIDS and if they know preventive steps and whether they follow these steps and whether they know the correct procedure of providing the first aid the infant in case of SIDS. The final aim of the survey was to compare the responses of mothers and fathers and determine whether their knowledge on this issue is the same. The research results are shown in tables and graphs and with additional explanations. The results of my survey showed that only 65% of respondents are aware of the problems of SIDS and that women are better informed than men. Only 19.6% of respondents know the most important steps against SIDS - child sleep in the supine position. 60.2% of respondents follow the preventive steps. For a very menacing result I consider the fact that only 12.1% of respondents know the correct procedure of the first aid infants. I see the importance of this thesis in warning of the up to date of this topic.

Key words: SIDS, death, infant, preventiv, first aid

Obsah

ÚVOD	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Syndrom náhlého úmrtí kojence.....	10
1.1.1 Historie SIDS.....	10
1.1.2 Incidence.....	11
1.1.3 Etiologie	11
1.2 Rizikové faktory SIDS	13
1.2.1 Biologické faktory.....	13
1.2.2 Maternální faktory	14
1.2.3 Neonatální faktory	15
1.2.4 Postneonatální faktory	15
1.2.5 Ostatní rizikové faktory	17
1.3 Prevence SIDS	19
Spánek dítěte v supinační poloze	19
Kojení	20
Používání dudlíku.....	20
Postýlka	20
Nepoužívání monitorovacích přístrojů	21
1.4 Resuscitace kojence	22
2 Praktická část.....	25
2.1 Úvod	25
2.2 Výzkumný problém	25
2.3 Cíle výzkumného šetření	25
2.4 Metodologie výzkumného šetření	26
2.5 Průběh výzkumného šetření.....	26
2.6 Charakteristika výzkumného vzorku	26
2.7 Zpracování výzkumného šetření	30
2.8 Vyhodnocení a závěry výzkumného šetření	30
2.9 Závěry výzkumného šetření.....	43
3 Diskuze	45

4	Doporučení pro praxi	47
5	Závěr	48
	Seznam literatury	49
	Seznam tabulek a grafů	52
	Seznam zkratk a symbolů	54
	Přílohy	55

ÚVOD

„Děti jsou kotvy, které drží matčin život.“ Sofoklés

Tématem mé bakalářské práce je syndrom náhlého úmrtí kojence. Toto téma jsem si vybrala proto, že mám ke zdravotní problematice kojenců velmi blízko a syndrom náhlého úmrtí kojence je stále velmi aktuálním tématem. Velmi mne také zajímalo, zda jsou otcové stejně informováni o této problematice jako matky. Zajímalo mne, zda otcové vůbec znají syndrom náhlého úmrtí kojence, preventivní opatření a první pomoc dítěti.

Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS) je velmi záhadným tématem, ani po letech bádání se stále neví jistě, co je příčinou toho, že kojenci náhle umírají. Ročně v České republice zemře náhle a bez příčiny v průměru 15 kojenců. Na internetových stránkách, diskuzích a sociálních sítích kolují mezi matkami informace o SIDS. Tyto informace ale z velké většiny nejsou kvalitní a správné. Myslím si, že rodiče by měli být o této problematice informováni a informace by měly být správné a kvalitní. Rodiče by dle mého názoru měl o této problematice informovat pediatr, gynekolog nebo porodní asistentka. Není sice lehké pro budoucí matku poslouchat o možnosti náhlého úmrtí dítěte, nevědomost je v tomto případě sladká, ale dodržováním preventivních opatření se dá riziko SIDS snížit na minimum, nebo mu úplně zabránit.

Praktická část má několik cílů, na které je odpovězeno pomocí nestandardizovaného dotazníku.

Pomocí této práce bych chtěla shrnout dostupné informace o syndromu náhlého úmrtí kojence, přispět k lepší informovanosti rodičů o této problematice, zlepšit dodržování preventivních opatření proti SIDS a shrnout postup poskytování první pomoci pro rodiče v případě SIDS. Znat postup poskytování první pomoci dítěti považuji v této problematice za velmi důležité. Pokud budou rodiče znát správný postup, mohou zachránit život svému dítěti. A to je to nejdůležitější.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Syndrom náhlého úmrtí kojence

SIDS - Sudden Infant Death Syndrome- syndrom náhlého úmrtí kojence, je smrt kojence, která je náhlá a nečekaná. Nastává u dítěte, které je do té doby zdravé a přibývajícím na váze, a ani pečlivě provedené postmortální vyšetření nedokáže objasnit příčinu smrti. Diagnóza SIDS je v současné době označována jako diagnóza per exclusionem - to znamená, že úmrtí je neočekávané z hlediska předchorobí, nevysvětlené pitvou či jinými laboratorními metodami a doprovázené znalostmi okolností z místa nálezu. Především se jedná o informace od pediatra, který dítě měl v péči, sledování rizikových faktorů matky, těhotenství, porodu, vývoje dítěte a také sociální situace rodiny. Z definice SIDS také vyplývá, že provedení pitvy je pro diagnózu SIDS nezbytné. V současné době je pro SIDS podle platné Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (MKN 10) vyhrazen kód R 95. Proč kojenci náhle umírají, není stále objasněno, a tak SIDS dál zůstává jedním z nejzáhadnějších úmrtí u dětí do jednoho roku věku (Matějů & Kováč, 2006).

1.1.1 Historie SIDS

Nečekaná a nevysvětlitelná úmrtí kojenců se vyskytují již od počátku historie lidstva. Z úmrtí kojenců byly obviňovány matky, nebo kojné, které se o dítě staraly. Příčinou těchto úmrtí mělo být zalehnutí či přitlačení dítěte ženou při spánku ve společném lůžku. Toto vysvětlení úmrtí zdravých dětí ve spánku bylo společností akceptováno až do konce 20. století. Na ženy, kterým v noci ve spánku dítě zemřelo, bylo pohlíženo jako na vražedkyně podle pátého biblické přikázání „nezabiješ“ a byly trestány. 1000 let před naším letopočtem bylo ve starém Egyptě zvykem, že každá žena, které umřel kojenec ve spánku s ní ve společném lůžku, musela za trest nosit tři dny své mrtvé dítě v náručí. V první polovině 1. tisíciletí vydala církev předpis, který zakazoval spánek dětí do tří let v posteli s rodiči či chůvou (Matějů & Kováč, 2006; Mihál & Potomková, 2009; Kratochvílová, 2008).

V 19. století se začalo hledat jiné vysvětlení těchto úmrtí. Mezi teorie příčin SIDS patřila teorie o podílu brzlíku na smrti kojence. Díky vzrůstajícímu počtu pitev a žádnému patologickému nálezu bylo právě brzlíku připisováno stlačení průdušnice, či ovlivnění činnosti srdce a plic. Tento stav pojmenoval patolog Paltauf v roce 1889 „status thymicolymphaticus“. Této teorii někteří věřili natolik, že nechávali dětem preventivně ozařovat brzlík. Ani tato teorie se ovšem nepotvrdila (Bouška, 2007).

V polovině dvacátého století se začaly objevovat seriózní studie o příčinách SIDS. V roce 1944 došel Dr. Abramson ve své studii k výsledkům, že 68% dětí, které zemřely na SIDS, spalo na bříšku. Upozornil také na to, že téměř polovina zemřelých dětí se našla

s obličejem zabořeným v podložce (Abramson, 1994). Přínosem byly epidemiologické studie, které se zaměřovaly na zjištění rizikových faktorů. Právě objevení těchto rizikových faktorů pomohlo významně snížit úmrtnost kojenců. Například při potvrzení domněnky, že spánek na bříšku je rizikový faktor, se rozhodla Americká Asociace pediatriů (AAP) uspořádat v roce 1992-1994 kampaň nazvanou Back to sleep, která nabádala rodiče k tomu, aby ukládali své dítě při spánku do supinační polohy. Po čtyřech letech se úmrtnost na SIDS snížila o 50 % (American Academy of Pediatrics, 2005; Kratochvílová, 2008).

1.1.2 Incidence

Navzdory preventivním opatřením je SIDS stále nejčastější příčinou úmrtí kojenců s normální hmotností ve věku od jednoho měsíce do jednoho roku. Výskyt je stále stejně vysoký navzdory poklesu kojenecké úmrtnosti. Syndrom náhlého úmrtí kojence se vyskytuje nejčastěji mezi 3. až 6. měsícem života. Výskyt v prvním měsíci života a po prvních narozeninách dítěte je velmi vzácný. Pokud budeme srovnávat výskyt SIDS dle pohlaví, tak se častěji vyskytuje u chlapců než u dívek (poměr je přibližně 60:40). SIDS se také v průběhu roku objevuje častěji v zimních měsících než v letních. V průběhu týdne je vyšší frekvence SIDS o víkendu (Muntau, 2014).

Nejnovější statistiky v ČR jsou dostupné prostřednictvím Českého statistického úřadu do roku 2013. Český statistický úřad má k dispozici statistiky zemřelých podle seznamu příčin smrti, věku a pohlaví. Informace o výskytu SIDS byly z těchto statistik vytaženy a jsou uvedeny v příloze A.

1.1.3 Etiologie

Odpověď na otázku, co je vlastně příčinou toho, že zdravě vypadající a prospívající kojenci nečekaně umírají, se snaží vědci najít již několik desítek let. Doposud však nebyl nikdo schopen s jistotou odpovědět. Existuje několik teorií, které se snaží náhlá úmrtí kojenců vysvětlit. Wedgwood v roce 1972 přišel s teorií, kterou nazval „triple risk hypotheses“. Tato teorie předpokládá existenci tří tříd rizikových faktorů:

- 1) **Obecné** – tyto faktory zvyšují pravděpodobnost úmrtí kojence a jsou to například ekonomické podmínky rodiny, nedonošenost dítěte, pohlaví dítěte či jeho rasa.
- 2) **Specifické faktory pro určitou věkovou skupinu** – tyto faktory závisí na vývojovém stupni dítěte.
- 3) **Spouštěcí mechanismy** – například spánek, poloha při spánku, infekce.

Teorie byla dále zkoumána a rozšiřována, ale základem všech navazujících teorií je předpoklad, že spolupůsobení rizikových faktorů vyvolává úmrtí kojence (Guntheroth & Spiers, 2002).

Další teorií je vliv hladiny serotoninu v mozkovém kmeni na smrt kojence. Při pitvách kojenců zemřelých na SIDS byla zjištěna nedostatečná produkce serotoninu v mozgovém kmeni. Serotonin se podílí na řízení důležitých pochodů ve spánku, např. na činnosti srdce, regulaci dýchání a krevního tlaku. Nedostatečná produkce serotoninu může způsobit, že kojenci nejsou schopni reagovat na náhlé stresové podněty, například pokud kojenec spí tváří obrácenou do podložky, nedokáže jeho tělo zareagovat na snižující se obsah kyslíku ve vdechovaném vzduchu pootočením hlavičky a nadechnutím se čerstvého vzduchu (Petr, 2010).

Teorie publikovaná v roce 2012 (Widdows et al., 2012) vychází z poznatků o vlivu prenatálního vývoje na riziko vzniku SIDS. Tato teorie se zabývá změnami ve vývoji placenty v těhotenství a vlivem na SIDS. Epidemiologický výzkum uvádí, že SIDS souvisí nejen s mateřskými rizikovými faktory (kouření, drogy, alkohol atd.), ale i s porodnickými komplikacemi (preeklampsie, hypoxie, předčasný porod). V této studii byly také testovány placenty získané od kojenců, kteří zemřeli na SIDS. Získané placenty vykazovaly morfologické abnormality u placentárních choriových klků a klků trofoblastu. Některá zjištění ukazují, že se takto placenta přizpůsobuje a tím napomáhá růstu plodu, naopak jiná zjištění naznačují, že plod, který později zemřel na syndrom náhlého úmrtí kojence, se v děloze setkal hypoxií.

Koncem 80. let minulého století vznikla teorie o vlivu bakteriálních toxinů na vznik SIDS. Jedná se o bakterie *Clostridium perfringens*, *Escherchia coli*, *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus spp.* Tyto bakterie běžně osídlují nosohltan, respirační, gastrointestinální trakt a produkují toxiny. Pokud je kojenec oslaben, dochází k vysoké produkci toxinu a tím k toxikémii, toxickému šoku a smrti. Výše jmenované bakterie byly nalezeny ve větším počtu u obětí SIDS, ve srovnání s kontrolní skupinou kojenců (Murrell et al., 1994)

V současné době patří mezi velmi diskutované téma i to, zda nepatří k rizikovým faktorům SIDS také očkování kojenců. Syndrom náhlého úmrtí kojence je nejčastější právě v období, kdy jsou kojenci očkováni proti řadě onemocnění. Souvislost s očkováním vakcínou proti záškrtu, tetanu či černému kašli a náhlým úmrtím kojence nebyla nikdy potvrzena. Naopak studie, kterou provedli Vennemann et al. (2007) ukázala, že imunizace očkovací látkou by naopak mohla být spojena i se sníženým rizikem úmrtí kojence. Autoři studie to vysvětlují tím, že očkování podpoří imunitu dítěte i proti jiným bakteriím a virům než proti kterým je určeno.

Mezi další teorie patří například porucha oxidace mastných kyselin, abnormality v srdečním převodním systému či selhání bránice (Hrbková, 2013).

1.2 Rizikové faktory SIDS

Ke snížení výskytu SIDS přispěly významně epidemiologické studie tím, že dokázaly prokázat vliv tzv. rizikových faktorů, i když některé se ukázaly být sporné, pro SIDS ne zcela typické (Bouška & Toupalík, 2006). Příčina SIDS je pravděpodobně multifaktoriální. V roce 1993 byl vytvořen model „osudového trojúhelníku“. V tomto trojúhelníku platí, že pokud dojde ke zformování všech tří vrcholů (tedy uplatnění tří podmínek), nastane SIDS. První podmínku trojúhelníku tvoří vulnerabilní vývojový stav CNS a imunitního systému. Druhou podmínkou jsou predisponující faktory, včetně genetických faktorů. Třetí podmínkou jsou spouštěcí faktory, mezi které patří například poloha dítěte ve spánku, kouření matky či infekce během posledních 2 týdnů života. Přehledné rozdělení rizikových faktorů SIDS zveřejnili ve své studii MUDr. Eva Matějů a MUDr. Peter Kováč. Rozdělují je na biologické, maternální, neonatální, postneonatální a ostatní rizikové faktory (Matějů & Kováč, 2006). Přesto, že není jasná příčina těchto úmrtí, je jasné, že právě znalost a vyloučení vlivu těchto rizikových faktorů se významně podílí na snížení úmrtnosti kojenců na SIDS (Bouška & Toupalík, 2006).

1.2.1 Biologické faktory

Výskyt SIDS v rodině

Kojenci, jejichž sourozenci zemřeli na SIDS, jsou skupinou, která je náhlým úmrtím ohrožena až 5 krát více než jejich vrstevníci bez rodinné zátěže. V případě opakovaného náhlého úmrtí dětí v rodině je potřeba zaměřit pozornost na možnost zabití dítěte rodiči a také je nutné pátrat po možné genetické zátěži v rodině (metabolické vady, genetické rizikové faktory) (Paul, 2006).

Apnoe v dětství

Názory odborníků, zda-li má apnoe v dětství vliv na SIDS, nejsou jednotné. Mnoho let byla krátkodobá apnoe považována za předchůdce SIDS. Apnoické pauzy delší než 20 sekund je možné pozorovat u nedonošených dětí ve spánku, při přechodu z REM do non-REM fáze spánku (Bouška, 2005). Autoři (Moon et al., 2007) ale tvrdí, že apnoe nepředchází SIDS a ani není rizikovým faktorem.

Chronická hypoxie

Dlouhotrvající nedostatek kyslíku ve tkáních plodu v těhotenství a v průběhu porodu je zvláště v posledních letech považován za významný faktor. Stav může vyústit až v orgánové poškození a k poškození mozkových struktur (Kramplová, 2013).

Předčasný porod

Až dvě třetiny novorozenců s nízkou porodní hmotností tvoří předčasně narozené děti. Tato skupina dětí je bohužel zatížena vysokou mortalitou i morbiditou. Podle hmotnosti a gestačního stáří se nedonošení novorozenci rozdělují do čtyř skupin: narození

do 28. týdne gravidity, narození do 32. týdne gravidity, narození do 34. týdne gravidity a narození do 38. týdne gravidity (Roztočil, 2008). Riziko SIDS je u nedonošených dětí 4 krát vyšší oproti dětem narozeným v termínu. Čím dříve se dítě narodí, tím riziko SIDS narůstá (Moon et al., 2007).

Nedostatečná funkce kontrolních center mozkového kmene

Příčinou nedostatečné funkce kontrolních center mozkového kmene může být vývojová abnormalita či porucha zrání kontrolních center mozkového kmene. Matějů a Kováč sem řadí poruchy respiračního centra, změny dýchacího vzorce, poruchy autonomních center řídících například cirkadiální rytmus či spánek a probouzení a také poruchy termoregulačního centra či poruchy metabolismu a imunity (Matějů & Kováč, 2006).

1.2.2 Maternální faktory

Kouření matky

Odborníci předpokládají, že mechanismy SIDS souvisejí s poruchami serotonergního neurotransmiterového systému, spojenými se snížením odpovědí na fyziologické stresory (hypoxie až asfyxie a hypotenze). Tyto poruchy bývají často nacházeny u dětí zemřelých na SIDS. Je známo, že nikotin má v prenatalním období vliv na vyvíjející se serotonergní a dopaminergní systém (Hrubá, 2011). Jestliže by se odstranila prenatalní expozice kouření, mohlo by se předejít až třetině úmrtí dětí na SIDS (Moon et al., 2007).

Zneužívání drog matkou

Zvýšené riziko SIDS je hlavně u prenatalní expozice opiátům, hlavně heroinu a metadonu. Je také prokázán vliv závislosti na kokainu na zvýšení rizika SIDS. Všeobecně se má za to, že jakékoliv užívání zakázaných drog v těhotenství je spojeno s vyšším rizikem náhlého úmrtí kojence. Konzumace alkoholu v době kolem početí a v prvním trimestru je spojena se zvýšením rizika SIDS. Alkohol by se ženy měly vyvarovat nejen během těhotenství, ale i během kojení (Moon et al., 2011).

Nedostatečná prenatalní péče

Ženy by měly vyhledat kvalitní péči na začátku těhotenství a pokračovat v ní pravidelně až do porodu. U dětí žen, kterým se dostávalo pravidelné prenatalní péče, se prokázalo snížení rizika SIDS (Moon et al., 2011).

Dále jsou do skupiny maternálních faktorů zařazeny: intrauterinní hypoxie plodu, fetální růstová retardace, anémie matky, infekce močopohlavního systému matky, špatná výživa matky, nízká socioekonomická úroveň, nízký věk matky (16 -17 let), neúplná rodina, základní vzdělání matky a krátký odstup od předešlého těhotenství.

1.2.3 Neonatální faktory

Nízká porodní hmotnost

Jako novorozenci s nízkou porodní hmotností jsou označováni novorozenci s porodní hmotností 2500 g a nižší. Novorozenci s nízkou porodní hmotností tvoří asi 5-8 % všech narozených dětí (Roztočil, 2008). U těchto dětí s nízkou porodní hmotností se udává až 4 krát vyšší riziko výskytu SIDS. Čím nižší je porodní hmotnost dítěte, tím riziko SIDS narůstá (Moon et al., 2007).

Asfyxie

Asfyxie je nejtěžší postnatální porucha přizpůsobení, která vzniká v důsledku nedostatku kyslíku. Začíná často již intrauterinně a postihuje 1 % všech porodů. U nedonošených je výskyt asfyxie častější, trpí jí 9 % všech předčasně narozených novorozenců. Klinickými příznaky asfyxie jsou bradykardie a respirační insuficience. V těžkých případech může nastat i apnoe a asystolie. Asfyxie se rozlišuje na modrou asfyxii a bílou asfyxii. Modrá je spojená s cyanózou, bílá naopak s bledostí a šokem. Následkem asfyxie je edém mozku (Muntau, 2014).

1.2.4 Postneonatální faktory

Mužské pohlaví

Chlapci jsou SIDS postiženi více. Odborná literatura uvádí, že chlapci jsou postiženi v 65 % případů (Muntau, 2014). Tyto výsledky dokládá i studie MUDr. Matějů a MUDr. Kováče z roku 2006. Také z dostupných údajů z Českého statistického úřadu z let 2006 až 2013 vyplývá častější úmrtí na SIDS u chlapců než u dívek. Údaje jsou znázorněny v příloze A.

Stáří dítěte

Extrémně vzácné je úmrtí dítěte v prvních dnech života, vzácné je pak úmrtí v prvním měsíci života. Maximum výskytu náhlého úmrtí kojence nastává ve věku mezi koncem prvního měsíce a čtvrtého měsíce věku. Poté nastává postupný pokles a po prvním roce života je výskyt SIDS zcela sporadický (Bouška & Toupalík, 2006).

Poloha dítěte na břiše

Důkazem, že důležitým rizikovým faktorem SIDS je poloha, ve které kojeneček spí. Je prokázáno snížení výskytu SIDS po kampani „Back to sleep“. Tato kampaň nabádala rodiče, aby ukládali své děti ke spánku do supinační polohy. Spánek dítěte v poloze na boku je stejně rizikový, jako poloha pronační, protože se dítě velmi snadno přetočí na bříško. Podle AAP je možné, aby dítě výjimečně spalo na boku, ale je potřeba dávat dítěti spodní paži tak, že se nemůže snadno přetočit na bříško (American Academy of Pediatrics, 2005).

Spánek dítěte v pronační poloze mění autonomní řízení kardiovaskulárního systému dítěte během spánku (zejména mezi 2 – 3 měsíci věku), což může vést ke snížení oxyličování mozku (Moon & Fu, 2012). Dalším možným vysvětlením, proč je spánek na bříšku tak rizikovým je, že kvůli blízkému kontaktu úst kojence se spací plochou se více ohřívá vzduch v okolí obličeje a zvýšená teplota v horních cestách dýchacích dítěte pak usnadňuje růst bakterií (Blood-Siegried, 2009). Spánek kojence v supinační poloze má i další výhody. U dětí spících na zádech byl zjištěn nižší výskyt střevních kolik, ušních infekcí, ucpaných nosů i méně horeček (Kratochvílová, 2008). Přesto se stále mnoho rodičů bojí ukládat dítě do supinační polohy, především ze strachu, že se dítě zakucká a udusí se. Je tedy důležité rodičům vysvětlit, že zdravé dítě má obranné mechanismy proti zalknutí jako například dáivý reflex.

Pasivní kouření

Poté, co se sjednotilo doporučení o rizikové poloze dítěte ve spánku, je jednou z dalších příčin těchto náhlých úmrtí expozice dítěte cigaretovému kouři. Pasivní kouření a kouření matky v těhotenství zvyšuje riziko SIDS 2-5 krát. Kouření přispívá k náhlému úmrtí kojenců snížením variability srdeční tepové frekvence, zvýšením obstrukční apnoe a redukcí pohotovosti a bdělosti (Hrubá, 2011).

Umělá výživa

Kojenci ve věku 2 – 3 měsíců, kteří jsou krmeni umělou stravou, se probouzí ze spánku obtížněji než kojené děti. Pitvy kojenců zemřelých na SIDS, kteří byli krmeni umělou stravou, prokázaly významné snížení koncentrace kyseliny dokosaheptaenové (DHA) v mozku dětí. DHA je mastná kyselina, koncentrovaná v nervové tkáni a velmi důležitá pro správný vývoj mozkové a nervové tkáně (Moon et al., 2007).

Přehřívání dítěte

Dalším rizikovým faktorem SIDS je přehřívání dítěte. Přehřívání dítěte vede k snadné tvorbě bakterií v horních cestách dýchacích a tvorbě imunitně aktivních látek. Tyto látky mají tlumivý účinek na dechové centrum a mohou způsobit až zástavu dechu (Kratochvílová, 2008). Dalším vysvětlením SIDS může být porucha termoregulace. Při teplotním stresu dojde ke zpomalení dechu či k zástavě a k selhání příslušných obranných mechanismů (Macháčková, 2014).

Měkký povrch postýlky, předměty v postýlce

AAP vydala doporučení, aby v postýlce, kde kojenec spí, nebyly žádné předměty a spací plocha byla pevná (American Academy of Pediatrics, 2000, 2005, 2011). Deky, polštáře či plyšové hračky dávají rodiče do postýlky dítěte z přesvědčení, že se dítě bude cítit pohodlněji a rychleji usne. Dalším důvodem bývá obava rodičů, že dítěti bude ve spánku zima, nebo mají pocit, že když dítě obklopí polštáři, tak ho chrání před zraněním. Riziko zranění dítěte během spánku, není tak velké jako riziko SIDS (Moon & Fu, 2012).

Velmi nebezpečný je také spánek dítěte na příliš měkké podložce či matraci, protože hrozí, že se dítě může vklínit mezi ni a pevné části postele (Macháčková, 2014).

Sdílení postele

AAP doporučuje rodičům spát v jedné místnosti s dítětem, ale nikoliv v jedné posteli (American Academy of Pediatrics, 2000,2005,2011). Dodržením tohoto opatření, lze snížit riziko SIDS asi o 50 %.

Velmi nebezpečný je spánek dítěte v jedné posteli s další osobou pokud:

- bylo dítě nedonošené, či mělo nízkou porodní hmotnost
- je dítě mladší tří měsíců
- jeden nebo oba rodiče jsou kuřáci
- jsou na lůžku polštáře, deky
- dítě spí na pohovce či na jakémkoliv jiném příliš měkkém povrchu
- osoba, se kterou dítě spí, je pod vlivem alkoholu či drog

Může se stát, že matka dítě kojí v posteli a usne dříve, než dítě vrátí do jeho postýlky. Matky by proto v noci měly kojit někde, kde nemohou spát, třeba vsedě na židli (Moon & Fu, 2012).

Nepoužívání dudlíku

Je prokázán významný efekt šidítek na náhlá kojenecká úmrtí, pokud jsou používány v době spánku. Fendrychová, (2006) uvádí pokles výskytu SIDS při používání dudlíku až o 92 %. Proč dudlík snižuje riziko SIDS, není jasné. Předpokládá se, že příznivě ovlivní autonomní kontrolu během spánku, sníží vzrušivé prahy a zachovává průchodné dýchací cesty. Preventivní účinek používání dudlíku prý přetrvává, i když dítěti vypadne při spánku dudlík z úst. Ochrana je ale účinnější při používání po celou dobu spánku (Kramplová, 2013).

Hořéčnaté onemocnění

Běžným nálezem při pitvách kojenců zemřelých na SIDS jsou známky o nedávno probíhající infekci. Infekce horních cest dýchacích během posledních 4 týdnů byly zaznamenány u 53 % kojenců zemřelých na SIDS (Moon et al., 2007).

1.2.5 Ostatní rizikové faktory

Zimní období, chladné klima

Rozložení úmrtí dětí na SIDS v průběhu roku není rovnoměrné. Více se úmrtí kojenců vyskytuje během chladných měsíců, tedy v období od října do března. V těchto měsících se vyskytuje 60 % případů SIDS (Matějů & Kováč, 2006). Příčina sezónnosti není stále objasněna, ale pravděpodobně souvisí s chladnějším počasím, teplejším oblékáním,

přikrýváním, častějším výskytem respiračních nemocí a omezením větrání místnosti, kde kojenec spí (Fendrychová, 2006).

Rasa, etnikum

Vyšší výskyt syndromu náhlého úmrtí kojence je u černošského obyvatelstva Severní Ameriky, u Maorů na Novém Zélandě a mezi domorodými Australany. Tyto skupiny obyvatel jsou však velice chudé, těhotné ženy častěji užívají alkohol a drogy, častěji tu dochází i k předčasným porodům a dítě sdílí lůžko s jinou osobou. Je tak otázkou, zda tyto údaje nejsou spíše zkreslené sociálním statusem než odlišnou rasovou či etnickou identitou (SIDS- mysterium, nebo fakta?, 2009).

1.3 Prevence SIDS

V roce 2011 vydala AAP doporučení pro rodiče, v kterém shrnuje dosavadní poznatky a zformulovala preventivní opatření, která snižují riziko SIDS. Dodržování těchto doporučení pomáhá eliminovat zevní rizikové faktory, které by poté spolu s vrozenými faktory mohly vést k náhlému úmrtí kojence. Mezi doporučovaná opatření patří (American Academy of Pediatrics, 2011):

- spánek dítěte výhradně v supinační poloze
- nevystavovat dítě cigaretovému kouři a jiným návykovým látkám a to ani prenatálně, ani postnatálně
- sdílet s kojencem pouze místnost na spaní, nikoliv lůžko
- spánek kojence v místnosti s čerstvým vzduchem, přiměřené teploty
- spánek kojence na pevné prodyšné matraci
- nedávat dítěti do postýlky zbytečné lůžkoviny ani jiné předměty
- nepřehřívat kojence, ani jej nepodchlazovat
- kojit dítě
- nabízet dítěti ke spánku dudlík
- nepoužívat monitory dechu
- těhotné ženy by měly dbát na pravidelnou prenatální péči

Další doporučení, ke kterým ale zatím není dostatečný počet důkazů:

- dítě by mělo být očkováno
- nepoužívat žádná zařízení, o kterých reklamy tvrdí, že snižují riziko SIDS. U žádného takového zařízení nebylo snížení rizika SIDS prokázáno.

Spánek dítěte v supinační poloze

Spaní kojence v poloze na zádech je jedním z nejdůležitějších preventivních opatření. Argumenty odpůrců, že dítě, které spí v supinační poloze, více pláče, může vdechnout zvratky, častěji ho trápí břišní koliky, nebyly nikdy žádným výzkumem potvrzeny (American Academy of Pediatrics, 2011). Je ovšem nutno zdůraznit, že poloha dítěte na břišku je důležitá k rozvoji motoriky, rovnoměrnému utváření lebky a delšímu trvání spánku. Proto by mělo dítě trávit v poloze na břišku čas, kdy je aktivní a pod dohledem. Rovnoměrné utváření lebky je možné podpořit tím, že hlavičku dítěte budeme polohovat jeden týden otočenou vlevo, další týden vpravo. Poloha na boku riziko SIDS sice nezvyšuje, ale dítě se může velmi snadno přetočit na bříško. Proto AAP tuto polohu nedoporučuje. Pokud je ale potřeba, aby dítě spalo v poloze na boku, je velmi důležité, aby zdravotnický personál poučil rodiče, jak dítěti napolohovat spodní paži, aby se nemohlo přetočit na bříško (Macháčková, 2014).

Kojení

Velký preventivní význam má kojení, nebo alespoň podávání mateřského mléka jiným způsobem. Ip a kolektiv ve své studii z roku 2007 potvrzují, že kojení snižuje riziko SIDS. V této studii se také ukázalo, že děti, které nikdy nebyly kojené, mají o 56% vyšší riziko náhlého úmrtí (Ip et al., 2007). Stejné výsledky ukázaly i další studie z roku 2011 a 2012 (Hauck et al., 2011; Moon & Fu, 2012). Proč kojení působí jako prevence SIDS, není stále jasné. Mateřské mléko obsahuje velké množství imunoglobulinů, díky kterým má dítě silnější imunitu. Další teorií je, že kojení má ochranný efekt před záněty středního ucha a snižuje riziko vzniku těžkých novorozeneckých infekcí (Young et al., 2012).

Používání dudlíku

Rozsáhlá studie autorů Haucka a kolektivu z roku 2005 zkoumala, souvislost mezi používáním dudlíku a výskytu SIDS. Ta potvrdila, že děti spící s dudlíkem mají menší riziko náhlého úmrtí (Hauck et al., 2005). Důvod, proč zrovna používání dudlíku má vliv na snížení úmrtnosti kojenců, není jasný. Jedna z teorií tvrdí, že dudlík má vliv na autonomní reakce během spánku tím, že mění prahové hodnoty vzbuditelnosti kojence (Moon et al., 2012). Další teorií je, že dudlík brání ochabnutí svalů v okolí horních cest dýchacích, nebo že poskytuje drobný odstup mezi obličejem dítěte a podložkou. Nicméně je pozoruhodné, že preventivní vliv dudlíku přetrvává, i když po usnutí dítěti dudlík vypadne z úst. Monitorováním 34 kojenců, z nichž polovina dudlík během spánku používala a polovina ne, bylo zjištěno, že používáním dudlíku se mění kontrola srdečního rytmu, a to i když dítěti ve spánku vypadne dítěti z úst (Franco et al., 2004).

Při používání dudlíku by rodiče měli dodržovat několik zásad (Hauck et al., 2005):

- dudlík by se měl dávat dítěti při ukládání ke spánku nejen v noci, ale i pokud je dítě ukládáno ke spánku během dne
- po usnutí by se dudlík neměl dítěti vkládat do úst
- dbát na jeho čistotu a častou výměnu
- dudlík nenamáčet v žádných sladkých roztocích
- kojeným dětem nabídnout dudlík před spaním až v 1. měsíci věku

Často se rodiče bojí dudlík používat, aby neměl vliv na zkrácení doby kojení. Pokud je ovšem dudlík dítěti dán až mezi 2. - 4. týdnem věku, žádný negativní vliv prokázán nebyl (Moon & Fu, 2012).

Postýlka

Rodiče by se měli vyhnout používání měkkých matrací, lůžkovin a dalších měkkých předmětů vkládaných do postýlky. Dítě si je může během spánku přetáhnout přes obličej a udusit se. Hračky mají být před spánkem z postýlky odstraněny. Pokrývku je třeba zajistit proti přetažení přes obličej (konec pokrývky je vhodné zastrkat pod matraci).

Postýlka dítěte by měla být uložena ve společné místnosti jako postel rodičů a dítě by mělo mít dostatečný přísun čerstvého vzduchu. Dítě by mělo být při spánku střídmo oblečeno (Kratochvílová, 2008).

Nepoužívání monitorovacích přístrojů

Jedním z prvních projevů SIDS je snížení dechové frekvence, nebo náhlá zástava dechu. Právě kvůli tomu, se v posledních letech začaly používat přístroje monitorující dechovou činnost. Tyto zařízení slouží k monitorování dechové činnosti dítěte, kontrolují dýchání u dětí ve věku 0-1 rok a mohou být používána i v domácím prostředí. V České republice je nejvíce využíván přístroj BabySense. Ten se skládá ze dvou senzorových desek a monitorovací jednotky. Senzorové desky se umísťují pod matraci v dětské postýlce a monitorovací jednotka je zavěšená na postýlce. Přístroj se zapíná/ vypíná na monitorovací jednotce. Jednotka má také dvě kontrolní světla - zelené, které svítí při běžné dechové aktivitě kojence, a červené, které svítí při poruchách dechu současně s hlasitou zvukovou signalizací. Ta se spustí, jakmile se dýchání a pohyb přeruší na 20 vteřin, nebo klesne frekvence dýchání pod 10 dechů za minutu (Macháčková, 2014).

Většina autorů (American Academy of Pediatrics, 2005; Moon & Fu, 2012) ale používání monitorovacích přístrojů v domácnosti nedoporučuje. Nepodařilo se totiž prokázat, že by monitorovací přístroj náhlému úmrtí kojence zabránil. Naopak se často stává, že se alarm spustí, i když je dítě v pořádku a rodiče jsou zbytečně stresováni. Monitor by se v domácím prostředí měl využívat pouze u dětí s extrémní kardiorepirační nestabilitou (Macháčková, 2014).

1.4 Resuscitace kojence

Všichni, kdo pečují o dítě, by měli být seznámeni se základy resuscitace. Kdykoliv může nastat situace, že dítě bude nutně potřebovat jejich pomoc. V případě syndromu náhlého úmrtí kojence je dítě většinou nalezeno rodiči v postýlce a nejeví žádné známky života. Pokud se u dítěte již neprojeví jisté známky smrti (posmrtné chladnutí, skvrny, ztuhlost), je potřeba neodkladně zahájit resuscitaci.

Evropská resuscitační rada vydala nejnovější doporučení pro laickou i odbornou veřejnost v roce 2010. Vždy je lepší pokusit se poskytnout dítěti jakoukoliv pomoc než žádnou. Proto ti zachránci, kteří neznají rozdíly v resuscitaci dětí a dospělých, mohou použít znalosti z resuscitace dospělého člověka. Při resuscitaci dospělého člověka je poměr stlačení hrudníku a vdechů 30:2.

Následující podrobný postup poskytování první pomoci kojenci je určen pro zdravotnický personál, který je ze zákona povinen jej umět. Samozřejmě by jej měli umět ovládat i rodiče, prarodiče a další osoby, kteří pečují o kojence do 1 roku.

- Před poskytováním první pomoci se vždy nejdříve ujistíme, zda nehrozí další nebezpečí zachránci a dítěti.
- Dítě zkusíme oslovit, podráždíme plosku nohy či štípáme do ušního lalůčku. Pokud dítě nereaguje, nedýchá a nejsou přítomny jisté známky smrti, měla by být zahájena KPR. Rozhodnutí, zda zahájit KPR, by mělo být rychlé a nemělo by trvat déle než 10 vteřin.
- Pokud dítě na podněty zareaguje, zkontrolujeme jeho stav a v případě potřeby zavoláme zdravotnickou záchrannou službu na telefonním čísle 112 nebo 155. Nadále budeme dítě opakovaně sledovat, zda se jeho zdravotní stav nemění.
- Pokud dítě nereaguje a nedýchá normálně, zakřičíme o pomoc a přemístíme jej na pevnou tvrdou podložku do polohy na zádech. Dále zajistíme průchodnost dýchacích cest. Hlavička je v neutrální pozici (ani zakloněná, ani předkloněná). Jednu ruku umístíme na čelo dítěte, prsty druhé ruky dáme pod bradu dítěte a mírně ji zvedneme. Nesmíme však tlačit na měkké tkáně pod bradou příliš, jinak způsobíme obstrukci dýchacích cest. Takto udržujeme průchodné dýchací cesty a přiblížíme svou tvář blíže k obličeji dítěte. Pozorujeme, zda se obnovily dýchací pohyby hrudníku, zda slyšíme dech dítěte a zda cítíme pohyb vzduchu na tvářích.

Postupujeme rychle, a proto by kontrola dýchání neměla přesáhnout 10 vteřin. Pokud máme pochybnosti, zda dítě dýchá, postupujeme dále jako by nedýchalo.

- Pokud dítě po otevření dýchacích cest normálně dýchá, uložíme ho na bok do zotavovací polohy. Zotavovací poloha by měla být stabilní, aby se dítě samovolně nemohlo přetočit do polohy supinační nebo pronační. Stability dítěte v poloze na boku docílíme použitím malého polštáře či stočené deky umístěné podél zad. Následně zavoláme zdravotnickou záchrannou službu a dítě do jejího příjezdu neustále kontrolujeme.
- Jestliže dítě nedýchá normálně nebo nedýchá vůbec, zkontrolujeme dutinu ústní, zda neobsahuje nějaké předměty, které by mohly způsobovat obstrukci dýchacích cest. Poté začneme s pěti počátečními vdechy. Hlavičku kojence stále udržujeme v neutrální pozici s mírně zvednutou bradou. Nadechneme se a svými ústy překryjeme nos i ústa kojence. Pokud je již kojeneček větší a nám se nepodaří svými ústy překrýt jeho nos i ústa, můžeme vdechovat jen do nosu, či jen do úst. Nesmíme ale zapomenout zabránit úniku vzduchu z nosu či úst. Následně vdechneme vzduch do úst a nosu kojence. Objem vdechnutého vzduchu by měl být přiměřený a vést k viditelnému zvednutí hrudníku dítěte, ale zároveň nesmí být příliš usilovný, abychom nezpůsobili kojenci poranění. Dále odstraníme naše ústa z kojence a sledujeme, zda hrudník dítěte klesá. Znovu se nadechneme a tento postup opakujeme pětkrát. Neustále si všímáme reakcí kojence (např. dávení, zakašlání), které by mohly signalizovat známky života. Pokud se nedaří dosáhnout efektivních vdechů, zkontrolujeme znovu, zda není v dýchacích cestách cizí překážka a ujistíme se o správné poloze hlavičky dítěte. Pokud se nám ani poté nepodaří efektivní vdech, pokračujeme s kompresemi hrudníku.
- Pokud jsme zaznamenali známky života, pokračujeme v dýchání do té doby, než začne kojeneček dýchat efektivně sám. Zůstane-li dítě v bezvědomí, polohujeme jej do zotavovací polohy a neustále kontrolujeme jeho zdravotní stav.
- Nejsou-li přítomny žádné známky života, a pokud si nejsme jistí přítomností hmatatelného pulzu vyššího než 60 úderů za minutu (pulz u kojence hmatáme na vnitřní straně paže, či v tříselné krajině), začneme s kompresemi hrudníku.
- Při kompresích hrudníku je třeba se vyhnout stlačování horní části břicha. Proto je důležité správně nahmatat místo stlačování hrudníku. Nahmatáme si konec hrudní kosti v místě, kde se na ni napojují nejspodnější žebra. Hrudní kost budeme stlačovat nad tímto místem o šířku jednoho prstu (1-2 cm od konce hrudní kosti

směrem k hlavičce dítěte). Při kompresi je důležité stlačit hrudní kost alespoň o jednu třetinu hloubky hrudníku a po každé kompresi tlak na hrudní kost zcela uvolnit. Jestliže je zachránce sám, stlačuje hrudní kost konečky dvou prstů. Pokud jsou zachránci dva a více, mohou použít tzv. obepínací metodu. Při obepínací metodě umístí jeden ze zachránců oba palce vedle sebe na spodní polovinu hrudní kosti tak, aby špičky palců směřovaly k hlavě kojence. Zbylé prsty obou rukou obepneme okolo hrudního koše tak, že špičky prstů podporují záda kojence. Frekvence stlačení by měla být alespoň 100/min., zároveň by ale neměla přesáhnout 120/min. Hloubka stlačení by měla být asi 1/3 hloubky hrudníku. Zdravotníci by měli dodržovat poměr kompresí a vdechů 15:2. Laikové mohou využívat poměr 30:2, který se využívá při resuscitaci dospělého. Tento poměr může použít i zdravotník, pokud je na resuscitaci sám a není schopen zajistit poměrem 15:2 dostatečný počet kompresí hrudníku.

- Velmi důležité je vědět, kdy dítěti přivolat odbornou pomoc. Postup se liší v závislosti na počtu přítomných osob. Pokud jsou zachránci alespoň dva, jeden začne resuscitovat a druhý přivolá zdravotnickou záchrannou službu. Je-li zachránce sám, nejdříve 1 minutu resuscituje a poté až volá zdravotnickou záchrannou službu.
- Ukončit resuscitaci je možno ve chvíli, kdy dítě projeví známky života (např. probouzí se, pohybuje se, otevře oči, dýchá normálně, nahmatáme tep vyšší než 60/min), dále při příjezdu zdravotnické záchranné služby, která za nás situaci převezme. Poslední možností ukončení resuscitace je absolutní vyčerpání či ohrožení zachránce (Kramplová, 2013; Česká resuscitační rada, 2014).

2 Praktická část

2.1 Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám informovaností rodičů o syndromu náhlého úmrtí kojence. Z pozice všeobecné sestry, ale i budoucí matky vidím toto téma, jako velmi aktuální. Názory mého okolí na toto téma se velmi lišily, proto mne velmi zajímaly výsledky mého výzkumného šetření. Při zpracování mne velmi překvapila neznalost rodičů v oblasti poskytování první pomoci.

Empirické šetření jsem realizovala formou kvantitativního výzkumu a zvolila jsem jako techniku sběru dat dotazník, který mi připadal nejvhodnější. Dotazník jsem sestavila na základě stanovených cílů, které jsem konzultovala s vedoucí práce Mgr. Miluší Kulhavou.

Cílovou skupinou byli rodiče dětí v produktivním věku, kteří odpovídali na sedmnáct otázek. Odpovědi na jednotlivé otázky jsou graficky vyhodnoceny a slovně komentovány. Dále se v praktické části zabývám porovnáním odpovědí matek a otců, které srovnávám ve slovním popisu otázky.

2.2 Výzkumný problém

Výzkumným problémem praktické části mé bakalářské práce je zjistit, jaká je úroveň znalostí obou rodičů o problematice syndromu náhlého úmrtí kojence. Zajímalo mě, zdali jsou otcové také informováni o SIDS, jestli znají preventivní opatření a zdali by oba rodiče stejně dobře dokázali poskytnout první pomoc svému dítěti při SIDS. Protože práci na téma informovanost otců o syndromu náhlého úmrtí kojence se mi nepodařilo dohledat, přišlo mi velmi zajímavé tento výzkum uskutečnit a výsledky u obou rodičů srovnat.

2.3 Cíle výzkumného šetření

Hlavní cíl:

Zjistit, zda jsou rodiče informováni o problematice SIDS.

Předpokládaný výsledek: domnívám se, že více jak 70 % rodičů bude informováno o problematice SIDS.

Dílčí cíle:

Cíl č. 1: Zjistit, zda jsou znalosti o SIDS stejné u matek i u otců.

Předpokládaný výsledek: domnívám se, že znalosti matek budou lepší než znalosti otců.

Cíl č. 2: Zjistit, zda rodiče znají preventivní opatření proti SIDS.

Předpokládaný výsledek: domnívám se, že více jak 60 % rodičů zná preventivní opatření proti SIDS

Cíl č. 3: Zjistit, zda rodiče preventivní opatření proti SIDS dodržují.

Předpokládaný výsledek: domnívám se, že více jak 40 % rodičů preventivní opatření dodržuje.

Cíl č. 4: Zjistit, zda rodiče ví, jak poskytnout první pomoc v případě SIDS u jejich dítěte.

Předpokládaný výsledek: domnívám se, že více jak 75 % rodičů ví, jak poskytnout první pomoc v případě SIDS u jejich dítěte.

2.4 Metodologie výzkumného šetření

Ke zpracování praktické části jsem zvolila kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum je metoda pro sběr dat a jejím výsledkem je popsání zkoumané oblasti. Velkou výhodou této metody je jednoduchost a nenáročnost, proto je vhodná pro oslovení velkého množství respondentů. Jako nástroj pro získání dat jsem zvolila nestandardizovaný anonymní dotazník. Dotazníkem lze jednoduše dospět k zodpovězení položených otázek a je konstruován tak, aby odpověděl na stanovené cíle. V hlavičce dotazníku jsem se představila, upřesnila svůj obor studia a důvod mého výzkumu. Neopomněla jsem dodat, že dotazník je anonymní a výsledky mého výzkumu budou použity pouze v mé závěrečné práci.

Celkem dotazník obsahuje 17 položek. Na začátku mám stanovených 5 demografických otázek, které charakterizují výzkumný soubor. Zjišťuji pohlaví, věk, vzdělání, bydliště a počet dětí. V dotazníku jsou dále použity otázky uzavřené – otázka č. 6, 8, 10, 14, 16, 17. Otázky polouzavřené jsou otázky č. 12, 13. Otevřené otázky jsou otázky č. 9, 15. Výčtové otázky s možností více odpovědí jsou otázky č. 7, 11.

2.5 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno od listopadu 2014 do konce ledna 2015. Oslovila jsem pomocí sociálních internetových sítí své okolí a početné skupiny. Dotazník byl zcela anonymní a byl rozeslán elektronickou formou přes internetové sociální sítě pomocí webového dotazníku. Celkem se mi vrátilo 206 dotazníků, které byly úplně vyplněné a byly použity pro výzkumné šetření. Respondenti byli ohledně vyplnění dotazníků instruováni slovním komentářem při rozesílání dotazníku

2.6 Charakteristika výzkumného vzorku

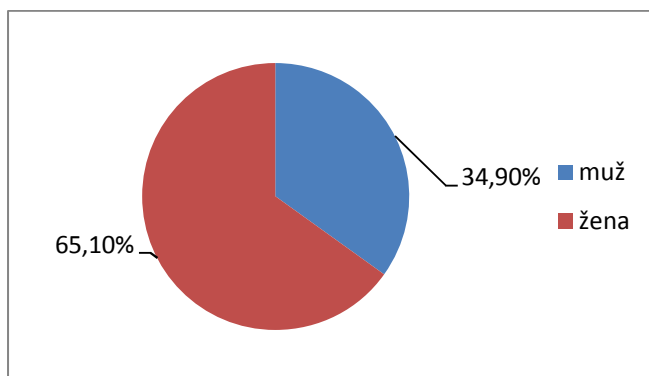
Cílovou skupinou mého dotazníkového šetření byli rodiče v produktivním věku 20 - 45 let. Výzkumný soubor charakterizuje prvních pět demografických otázek, které zjišťují pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, bydliště respondentů a počet dětí. Výzkumný

vzorek byl vybrán náhodně v závislosti na ochotě respondentů vyplňovat dotazník elektronicky.

Tabulka č. 1- zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku

pohlaví	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i
muž	72	34,9 %
žena	134	65,1 %
celkem	206	100 %

Graf č. 1- zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku

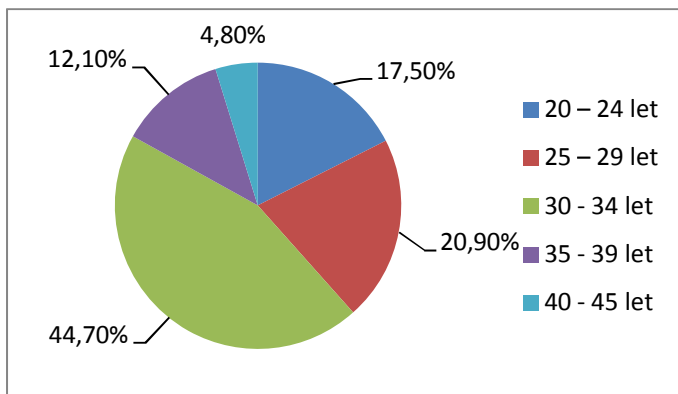


První demografická otázka rozděluje respondenty podle pohlaví. Celkem se výzkumu zúčastnilo 72 respondentů mužského pohlaví (34,9 %) a 134 respondentů ženského pohlaví (65,1 %).

Tabulka č. 2- věková kategorie respondentů

věk	n_i	f_i
20 – 24 let	36	17,5 %
25 – 29 let	43	20,9 %
30 – 34 let	92	44,7 %
35 – 39 let	25	12,1 %
40 – 45 let	10	4,8 %
celkem	206	100 %

Graf č. 2 – věková kategorie respondentů

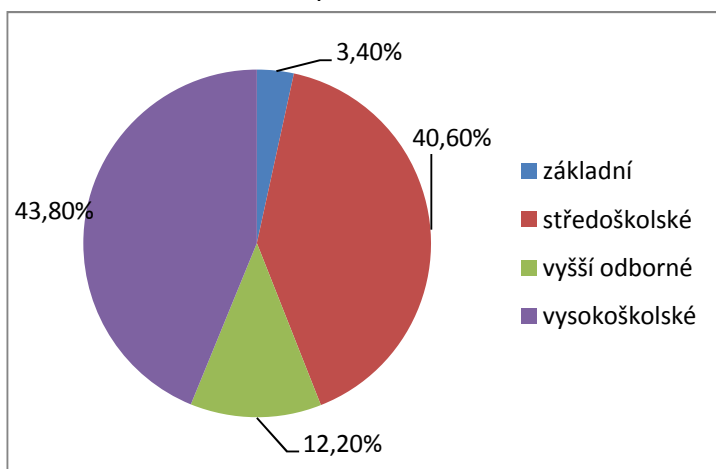


Druhá demografická otázka rozděluje respondenty dle věku. V dotazníku mohli respondenti odpovídat otevřeně, ale pro potřeby vyhodnocení jsem respondenty podle odpovědí zařadila do pěti věkových kategorií. Respondentům zařazeným do první kategorie bylo 20 – 24 let a celkem jich bylo 36 (17,5 %). Do druhé kategorie 25 – 29 let bylo dle odpovědí zařazeno 43 respondentů (20,9 %). Do třetí kategorie 30 – 34 let bylo zařazeno nejvíce, a to 92 respondentů (44,7 %). 25 respondentů (12,1 %) uvedlo svůj věk mezi 35 – 39 lety a spadají tedy do čtvrté kategorie. Do poslední kategorie 40 – 45 let bylo zařazeno nejméně, tedy 10 respondentů (4,8 %).

Tabulka č. 3 - vzdělání respondentů

vzdělání	n_i	f_i
základní	7	3,4 %
středoškolské	84	40,6 %
vyšší odborné	25	12,2 %
vysokoškolské	90	43,8 %
celkem	206	100%

Graf č. 3 – vzdělání respondentů

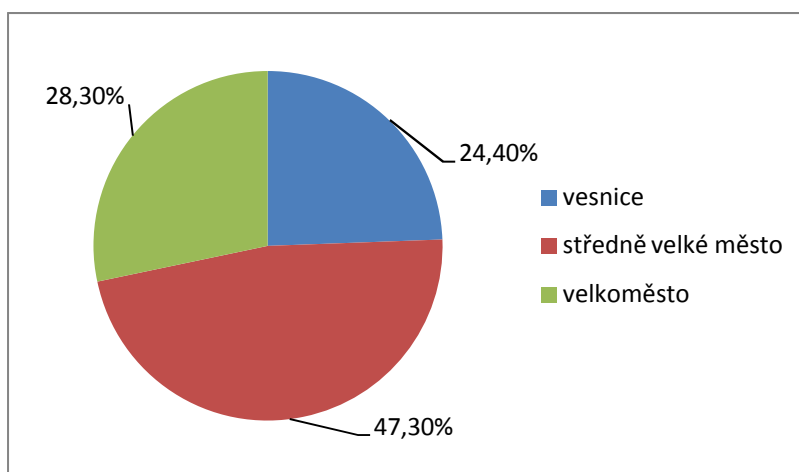


Touto demografickou otázkou jsem rozlišovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Odpověď A) základní vzdělání označilo 7 respondentů (3,4 %). Odpověď B) středoškolské vzdělání označilo 84 respondentů (40,6 %). Odpověď C) vyšší odborné vzdělání označilo 25 respondentů (12,2 %). Nejvíce respondentů označilo odpověď D) vysokoškolské vzdělání. Tuto odpověď označilo 90 respondentů (43,8 %).

Tabulka č. 4 – bydliště respondenta

bydliště	n_i	f_i
vesnice	50	24,4 %
středně velké město	98	47,3%
velkoměsto	58	28,3 %
celkem	206	100 %

Graf č. 4 – bydliště respondenta

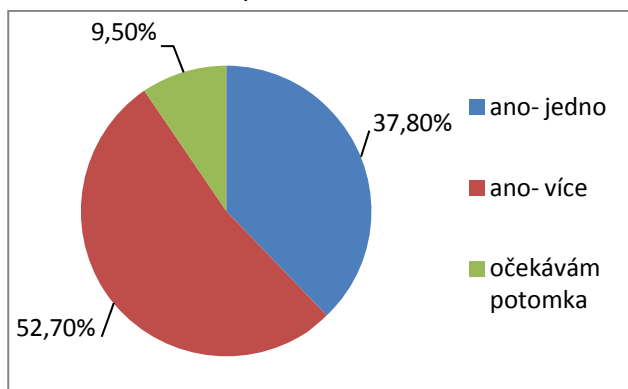


Další demografickou otázkou byla otázka zjišťující bydliště respondenta. 50 respondentů (24,4 %) označilo jako místo svého bydliště vesnici. Nejvíce respondentů uvedlo jako místo svého bydliště středně velké město – celkem 98 respondentů (47,3 %). Poslední odpověď, tedy že pochází z velkoměsta, označilo 58 respondentů (28,3 %).

Tabulka č. 5 – děti respondenta

možnosti	n_i	f_i
ano- jedno	78	37,8 %
ano- více	109	52,7 %
očekávám potomka	19	9,5 %
celkem	206	100 %

Graf č. 5 – děti respondenta



Poslední demografickou otázkou byla otázka zjišťující počet dětí respondentů. Většina respondentů – celkem 109 respondentů (52,7 %) má více než jednoho potomka. Jednoho potomka má 78 respondentů (37,8 %). Potomka očekává 19 respondentů (9,5 %).

Ve výzkumné skupině bylo tedy více žen než mužů. Nejčastější věk respondentů se pohybuje mezi 30 – 34 lety. V oblasti vzdělání bylo nejvíce vysokoškolsky vzdělaných respondentů a středoškolsky vzdělaných respondentů. Téměř polovina respondentů uvedla jako místo svého bydliště středně velké město. Většina respondentů má více jak jednoho potomka.

2.7 Zpracování výzkumného šetření

Údaje z internetových dotazníků byly ve formátu CSV. Získaná data jsem dále zpracovávala pomocí počítačového programu Excel. Výsledky mého šetření jsem zpracovala pomocí tabulek a grafů zkonstruovaných v programu Excel. Jednotlivé položky v dotazníku jsou vyhodnocovány v tabulkách, kdy absolutní četnost je označena n_i a relativní četnost je označena f_i .

Při výpočtu relativní četnosti jsem zaokrouhlovala počty na jedno desetinné číslo. Došlo k zaokrouhlování dle základních matematických pravidel. K zaokrouhlení dolů je v případě rozmezí nula až čtyři, zaokrouhlení nahoru je pak rozmezí pět až devět.

Grafy jsou výsečového typu. Jsou zde barevně odlišeny jednotlivé odpovědi a každá výseč má u sebe její vlastní procentuální zastoupení. Pod vyhodnocením jednotlivých položek je vždy slovní komentář.

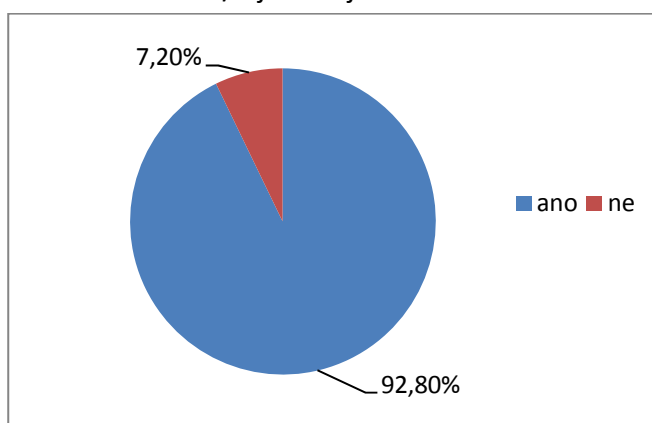
2.8 Vyhodnocení a závěry výzkumného šetření

Vyhodnocení otázky č. 6 - Setkal/a jste se již s termínem „syndrom náhlého úmrtí kojence“ : ano, ne.

Tabulka č. 6 – Setkal/a jste se již s termínem SIDS

možnosti	n_i	f_i
ano	191	92,8 %
ne	15	7,2 %
celkem	206	100 %

Graf č. 6 – Setkal/a jste se již s termínem SIDS



Nejvíce dotazovaných respondentů odpovědělo, že se s termínem syndrom náhlého úmrtí kojence již setkalo. Tuto odpověď zvolilo 92,8 % respondentů. Odpověď ne, tedy že se s termínem syndrom náhlého úmrtí kojence ještě nesetkali, zvolilo 7,2% respondentů.

Při zaměření se na odpovědi matek a otců, znalo termín SIDS 93,3 % matek a 88,9 % otců. Odpověď ne zvolilo 6,7 % žen a 11,1 % mužů. Z toho vyplývá, že s termínem SIDS se setkalo více žen než mužů.

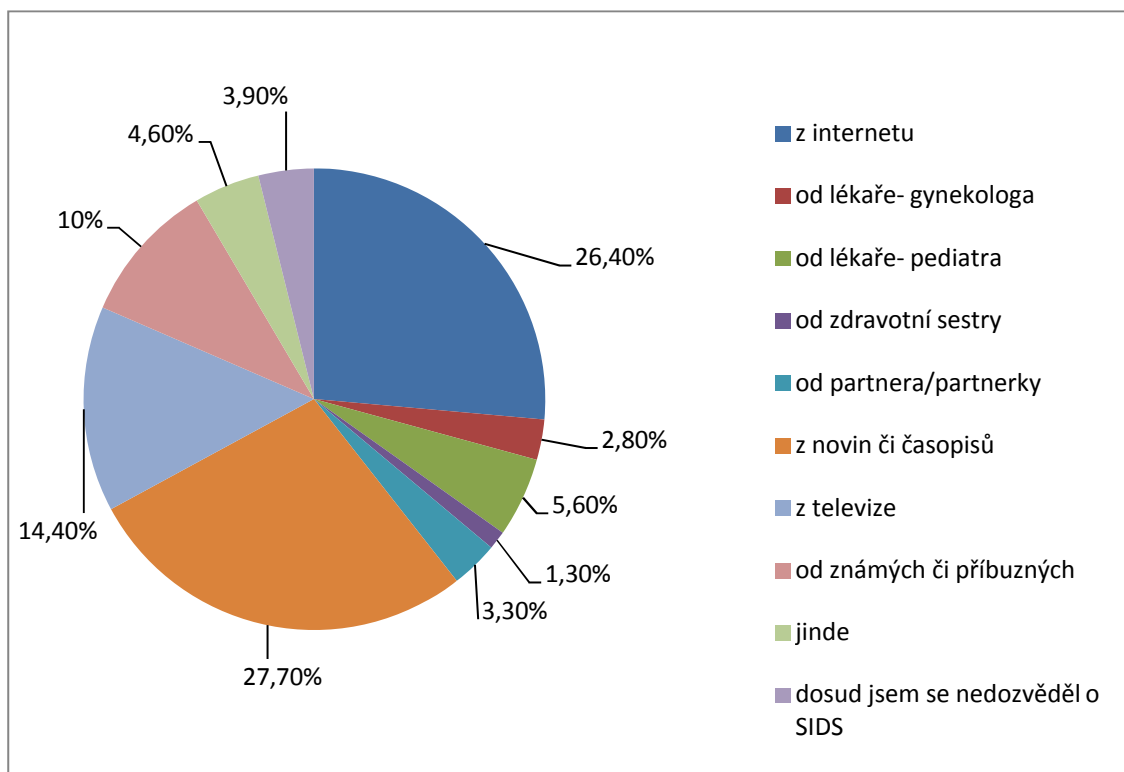
Vyhodnocení otázky č. 7- Kde jste se o syndromu náhlého úmrtí kojence dozvěděl/a: z internetu; od lékaře- gynekologa; od lékaře- pediatra; od zdravotní sestry; od partnera/partnerky; z novin a časopisů; z televize; od známých či příbuzných; jinde; dosud jsem se nedozvěděl o SIDS (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 7- kde jste se dozvěděl/a o syndromu náhlého úmrtí kojence?

možnosti	n_i	f_i
z internetu	103	26,4 %
od lékaře- gynekologa	11	2,8 %
od lékaře- pediatra	22	5,6 %
od zdravotní sestry	5	1,3 %
od partnera/ partnerky	13	3,3 %

z novin či časopisů	108	27,7 %
z televize	56	14,4 %
od známých či příbuzných	39	10 %
jinde	18	4,6 %
dosud jsem se nedozvěděl o SIDS	15	3,9 %
celkem	390	100 %

Graf č.7 - kde jste se dozvěděl/a o syndromu náhlého úmrtí kojence?



V této otázce měli možnost respondenti zvolit více odpovědí. Nejvíce respondentů (27,7 %) označilo odpověď, že se o SIDS dozvěděli z novin a časopisů. Druhou nejvíce označovanou odpovědí byl internet. Z internetu se o SIDS dozvědělo 26,4 % respondentů. Další často označovanou odpovědí byla televize, z té se o SIDS dozvědělo 14,4 % respondentů. 10 % respondentů se o SIDS dozvědělo od známých či příbuzných. Od pediatra se o SIDS dozvědělo 5,6 % respondentů a od gynekologa 2,8 % respondentů. Zdravotní sestra informovala o syndromu náhlého úmrtí kojence 1,3 % respondentů. Od svého partnera či partnerky se o SIDS dozvědělo 3,3 % respondentů. 4,6 % respondentů uvedlo, že se o SIDS dozvěděli jinde – zde uváděli např. předporodní kurzy, literaturu a školu. 3,9 % respondentů se ještě nedozvědělo o SIDS.

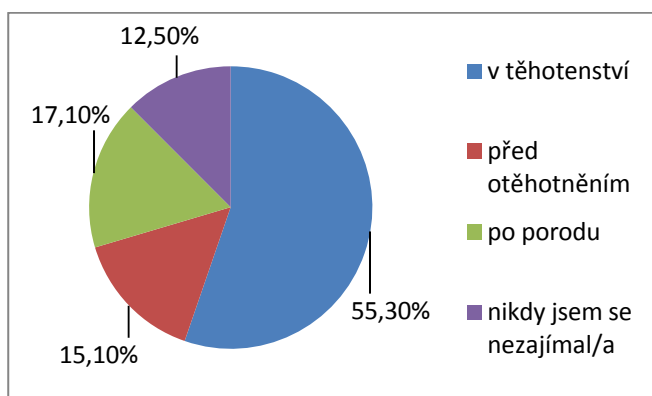
U této otázky neporovnávám odpovědi mužů a žen, odpovědi se od sebe významně nelišily.

Vyhodnocení otázky č. 8 – Kdy jste se o syndromu náhlého úmrtí kojence začal/a zajímat: v těhotenství (partnerky), ještě před otěhotněním (partnerky), po porodu (partnerky), nikdy jsem se o tuto problematiku nezajímal/a.

Tabulka č. 8 – Kdy jste se začal/a zajímat o SIDS

možnosti	n_i	f_i
v těhotenství (partnerky)	114	55,3 %
před otěhotněním (partnerky)	31	15,1 %
po porodu (partnerky)	35	17,1 %
nikdy jsem se nezajímal/a	26	12,5 %
celkem	206	100 %

Graf č. 8- Kdy jste se začal/a zajímat o SIDS



Na tuto otázku odpověděla většina respondentů, že se o problematiku syndromu náhlého úmrtí kojence začali zajímat v těhotenství (partnerky). Tuto odpověď zvolilo 55,3 % respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla, že se o tuto problematiku začali zajímat po porodu (partnerky). Tuto možnost zvolilo 17,1 % respondentů. Před otěhotněním (partnerky) se o SIDS začalo zajímat 15,1 % respondentů. Nejméně respondentů (12,5 %) se o tuto problematiku nikdy nezajímal/a.

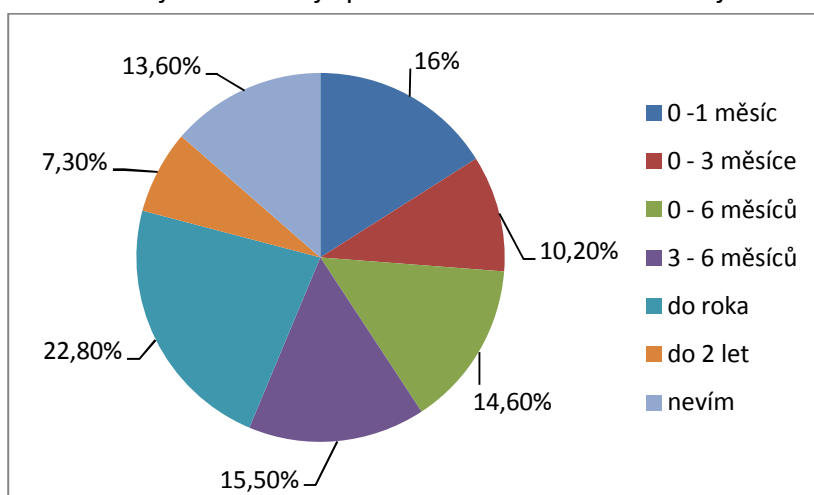
Odpověď v těhotenství zvolilo 44,4 % mužů a 49,1 % žen. Před otěhotněním (partnerky) se o SIDS zajímalo 11,1 % mužů a 14,9 % žen. Po porodu se o SIDS zajímalo 27,5 % mužů a 19,9 % žen. O tuto problematiku se nikdy nezajímal/a 17 % mužů a 16,1 % žen. Rozdíly v odpovědích mužů a žen jsou tedy hlavně v době, kdy se o problematiku SIDS začali zajímat. Muži se více než ženy zajímají až po porodu, ženy naopak před otěhotněním a v těhotenství.

Vyhodnocení otázky č. 9 – V jakém věku je podle Vašeho mínění dítě nejvíce ohroženo SIDS?

Tabulka č. 9 – v jakém věku je podle Vašeho mínění dítě nejvíce ohroženo SIDS

odpovědi	n _i	f _i
0 – 1 měsíc	33	16,0 %
0 – 3 měsíce	21	10,2 %
0 – 6 měsíců	30	14,6 %
3 – 6 měsíců	32	15,5 %
do roka	47	22,8 %
do 2 let	15	7,3 %
nevím	28	13,6 %
celkem	206	100 %

Graf č. 9 - v jakém věku je podle Vašeho mínění dítě nejvíce ohroženo SIDS



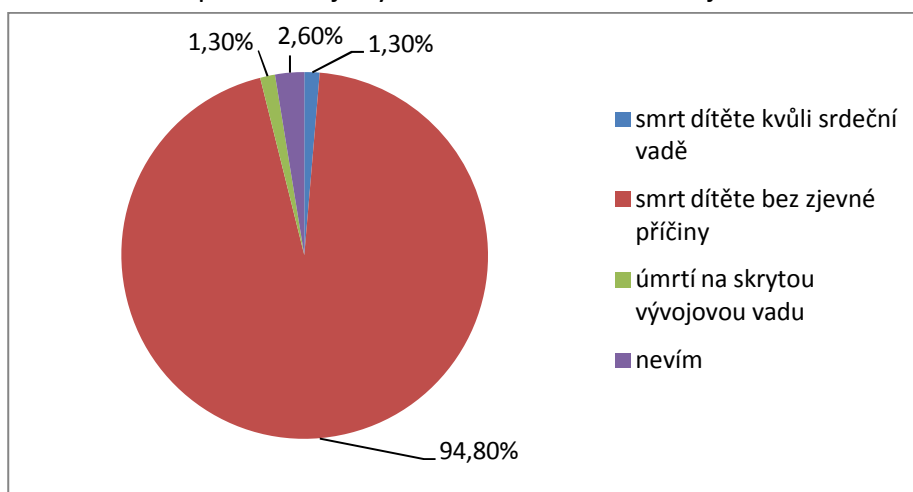
V této otázce měli respondenti možnost otevřené odpovědi. Odpovědi respondentů jsem poté zařadila do kategorií a vyhodnotila. Nejvíce respondentů (22,8 %) uvedlo, že syndromem náhlého úmrtí kojence je nejvíce ohroženo dítě do 1 roku věku. Druhou nejčastější odpovědí je do prvního měsíce věku dítěte. Tuto odpověď uvedlo 16 % respondentů. Třetí nejčastější odpovědí (15,5 %) byl věk dítěte 3 -6 měsíců. 14,6 % respondentů uvedlo jako nejvíce ohrožené SIDS děti ve věku 0 – 6 měsíců. 10,2 % respondentů odpovědělo na tuto otázku, že nejvíce ohrožené jsou děti ve věku 0-3 měsíce. To, že syndrom náhlého úmrtí kojence ohrožuje děti až do dvou let věku, uvedlo 7,3 % respondentů. Odpověď na tuto otázku neznalo 13,6 % respondentů. V této otázce nebyly významné rozdíly v odpovědích mužů a žen.

Vyhodnocení otázky č. 10 – Co podle Vás je syndrom náhlého úmrtí kojence: smrt dítěte kvůli srdeční vadě, úmrtí dítěte na infekční onemocnění, smrt dítěte bez zjevné příčiny, úmrtí dítěte na skrytou vývojovou vadu, nevím.

Tabulka č. 10- co podle Vás je syndrom náhlého úmrtí kojence

možnosti	n_i	f_i
smrt dítěte kvůli srdeční vadě	3	1,3 %
úmrtí dítěte na infekční onemocnění	0	0 %
smrt dítěte bez zjevné příčiny	195	94,8 %
úmrtí dítěte na skrytou vývojovou vadu	3	1,3 %
nevím	5	2,6 %
celkem	206	100 %

Graf č. 10 – co podle Vás je syndrom náhlého úmrtí kojence



Na tuto otázku zvolilo nejvíce respondentů (94,8 %) správnou odpověď, tedy že SIDS je smrt dítěte bez zjevné příčiny, kterou neurčí ani patolog. To, že SIDS je smrt dítěte kvůli srdeční vadě označilo 1,3 % respondentů a odpověď, že SIDS je úmrtí dítěte na skrytou vývojovou vadu, zvolilo také 1,3 %. Odpověď na tuto otázku neznalo 2,6 % respondentů. Odpověď, že SIDS je úmrtí dítěte na infekční onemocnění, neoznačil žádný respondent.

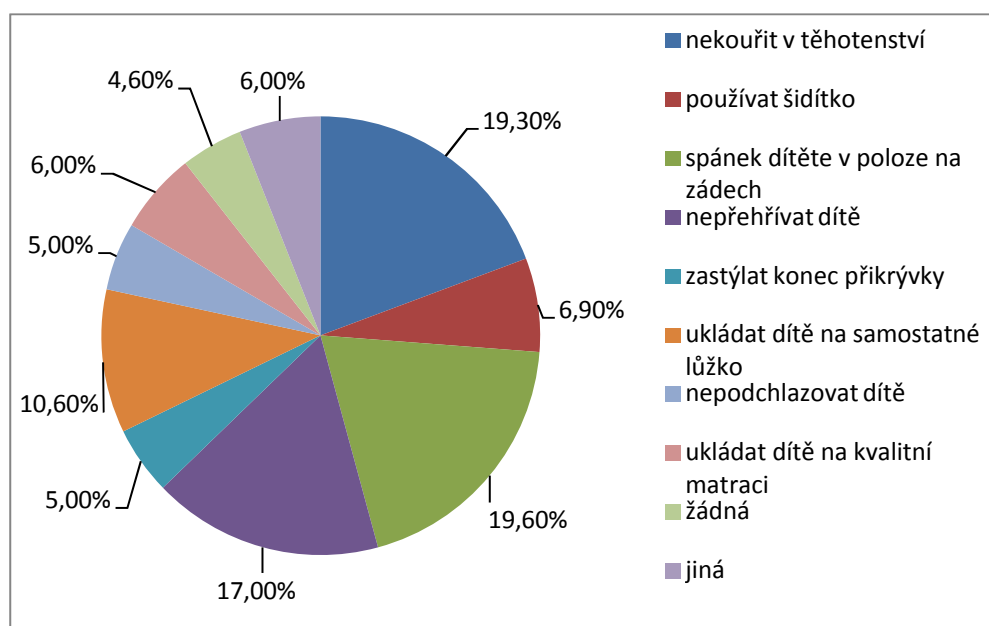
98,5 % žen a 87,5 % mužů označilo správnou odpověď- smrt dítěte bez zjevné příčiny, kterou neodhalí ani patolog. Pouze 1,5 % žen a 1,4 % mužů označilo odpověď, že SIDS je smrt dítěte kvůli srdeční vadě. 4,2 % mužů označilo odpověď, že SIDS je smrt dítěte na skrytou vývojovou vadu. Na tuto otázku nedokázalo odpovědět 6,9 % mužů.

Vyhodnocení otázky č. 11- Jaká preventivní opatření snižující výskyt syndromu náhlého úmrtí kojence znáte: nekouřit v těhotenství; používat šidítka (dudlík); spánek dítěte v poloze na zádech; nepřehřívat dítě; zastýlat konec přikrývky; ukládat dítě na samostatné lůžko; nepodchlazovat dítě; ukládat dítě na kvalitní matraci; žádná; jiná? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 11 – jaká preventivní opatření snižující výskyt SIDS znáte

možnosti	n_i	f_i
nekouřit v těhotenství	117	19,3 %
používat šidítka (dudlík)	42	6,9 %
spánek dítěte v poloze na zádech	119	19,6 %
nepřehřívat dítě	103	17 %
zastýlat konec přikrývky	30	5 %
ukládat dítě na samostatné lůžko	64	10,6 %
nepodchlazovat dítě	30	5 %
ukládat dítě na kvalitní matraci	36	6 %
žádná	28	4,6 %
jiná	36	6 %
celkem	605	100 %

Graf č. 11 – jaká preventivní opatření snižující výskyt SIDS znáte



U této otázky mohli respondenti zvolit více možností, celkem bylo 605 odpovědí. Nejčastěji respondenti zvolili odpověď spánek dítěte v poloze na zádech, tuto možnost zvolilo 19,6% respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo nekouřit v těhotenství, kterou zvolilo 19,3 % respondentů. Třetí nejčastější odpovědí bylo nepřehřívat dítě, tuto možnost zvolilo 17 % respondentů. Ukládání dítěte na samostatné lůžko zvolilo 10,6 % respondentů. Používání dudlíku, jako opatření snižující výskyt SIDS, znalo 6,9 % respondentů. 6 % respondentů zvolilo spánek dítěte na kvalitní matraci. 5 % respondentů zvolilo zastýlání konce přikrývky a stejný počet (5 %) zvolilo také nepodchlazovat dítě. 4,6 % respondentů nezná žádná opatření snižující výskyt SIDS. 6% respondentů zvolilo

možnost jiná. Jako jiná opatření uváděli respondenti přístroj monitorující tep a dech dítěte, neočkovat, aplikovat vitamín D a K a spaní ve společném lůžku s rodiči. Tyto opatření nemají vliv na výskyt SIDS.

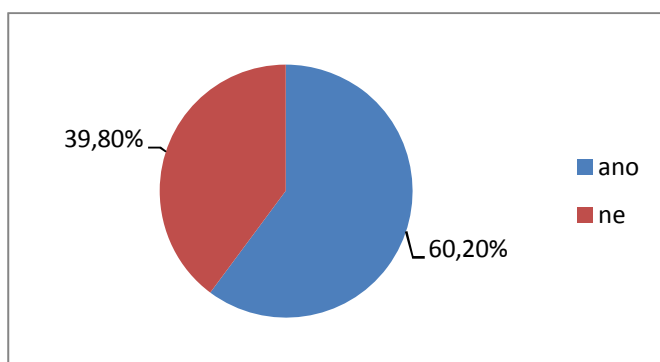
Ani u této otázky nesrovnávám odpovědi žen a mužů. Neprokázaly se významné rozdíly a bylo by to velmi obsáhlé.

Vyhodnocení otázky č. 12 – Dodržoval/a jste nebo v současné době dodržujete nějaká preventivní opatření: ne, ano?

Tabulka č. 12- dodržoval/a jste nějaká preventivní opatření

možnosti	n_i	f_i
ne	74	39,8 %
ano	113	60,2 %,
celkem	187	100 %

Graf č. 12 - dodržoval/a jste některá preventivní opatření



Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří již mají potomka. Celkem tedy bylo 187 odpovědí. 60,2 % respondentů dodržovalo preventivní opatření. Pokud respondenti zvolili možnost ano, měli možnost vyjmenovat, jaká preventivní opatření dodržovali. Respondenti nejčastěji dodržovali preventivní opatření, která znali (viz. vyhodnocení otázky č. 11).

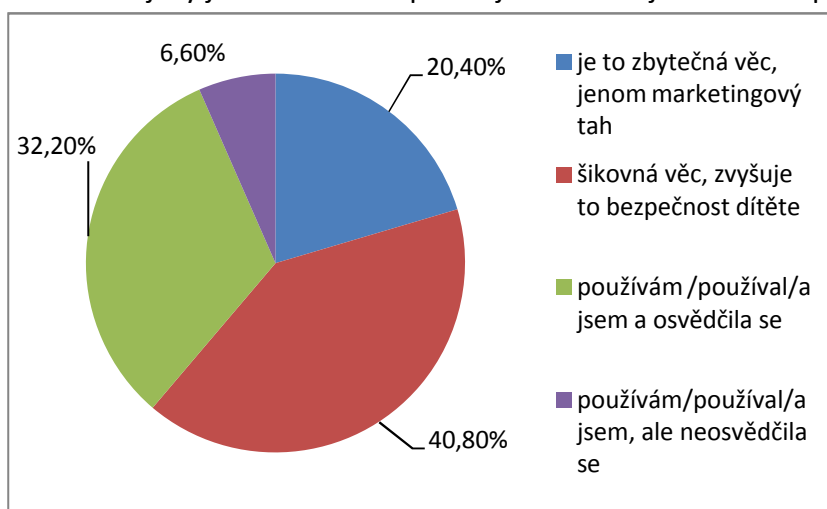
57,1 % mužů dodržují preventivní opatření a 42,9 % mužů je nedodržuje. Ženy dodržují preventivní opatření v 61,8 % a 38,2 % žen opatření nedodržuje.

Vyhodnocení otázky č. 13 – jaký je Váš názor na přístroje monitorující dech a tep dítěte (Baby Sense): je to zbytečná věc, jenom marketingový tah; šikovná věc, zvyšuje to bezpečnost dítěte; používám/ používal/a jsem a osvědčil se; používám/ používal/a jsem, ale neosvědčil se.

Tabulka č. 13- jaký je Váš názor na přístroje monitorující dech a tep dítěte

možnosti	n _i	f _i
je to zbytečná věc, jenom marketingový tah	42	20,4 %
šikovná věc, zvyšuje to bezpečnost dítěte	84	40,8 %
používám/používal/a jsem a osvědčil se	66	32,2 %
používám/používal/a jsem, ale neosvědčil se	14	6,6 %
celkem	206	100 %

Graf č. 13- jaký je Váš názor na přístroje monitorující dech a tep dítěte



Nejvíce respondentů (40,8 %) zvolilo odpověď, že tyto přístroje monitorující dech a tep dítěte jsou šikovná věc, která zvyšuje bezpečnost dítěte. 32,2 % respondentů se používání těchto přístrojů osvědčilo a používají/ používali je. 20,4 % respondentů si myslí, že tyto přístroje jsou zbytečné, že je to jen marketingový tah. 6,6 % respondentů přístroj používají/ používali, ale neosvědčil se. Jako důvod, proč se jím přístroj neosvědčil, uváděli respondenti alarm přístroje, i když bylo dítě v pořádku, stres při falešném poplachu a také občasné zapomenutí přístroj vypnout a tím spuštění alarmu.

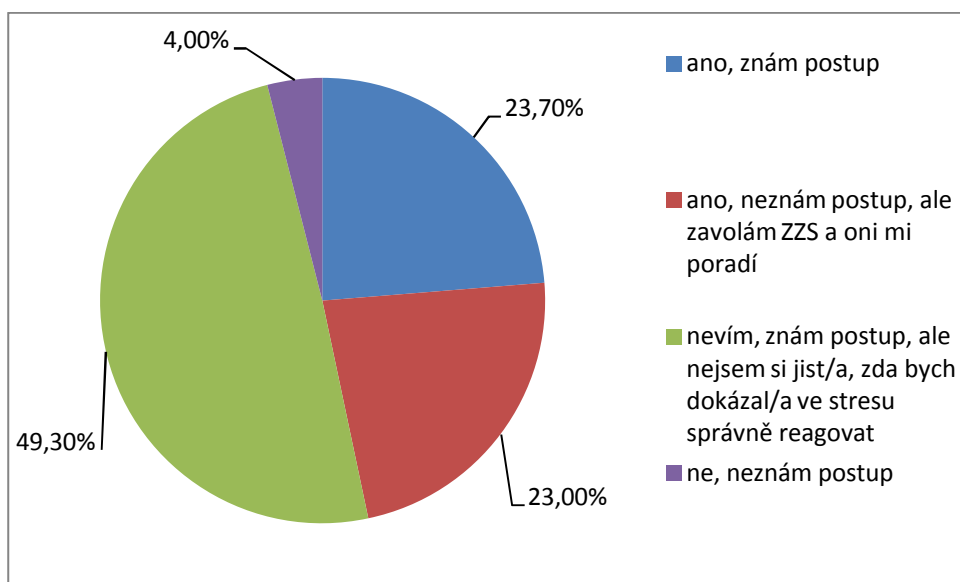
50 % mužů a 22,4 % žen přístroj používá/ používalo a bylo s ním spokojeno. 33,3 % mužů a 44,8 % žen si myslí, že je přístroj šikovná věc a zvyšuje to bezpečnost dítěte. Že je přístroj zbytečný, si myslí 11,1 % mužů a 25,4 % žen. Přístroj se neosvědčil 5,6 % mužů a 7,4 % žen.

Vyhodnocení otázky č. 14 – Pokud by Vaše dítě ve spánku přestalo dýchat a došlo k zástavě srdce, dokázal /a byste poskytnout první pomoc: ano, znám postup; ano, neznám postup, ale zavolám ZZS a oni mi poradí; nevím, znám postup, ale nejsem si jist/a, zda bych dokázal/a ve stresu správně reagovat; ne, neznám postup.

Tabulka č. 14 – pokud by Vaše dítě ve spánku přestalo dýchat a došlo k zástavě srdce, dokázal/a byste poskytnout první pomoc

možnosti	n _i	f _i
ano, znám postup	49	23,7 %
ano, neznám postup, ale zavolám ZZS a oni mi poradí	47	23 %
nevím, znám postup, ale nejsem si jist/a, zda bych dokázal/a ve stresu správně reagovat	102	49,3 %
ne, neznám postup	8	4 %
celkem	206	100 %

Graf č. 14 – pokud by Vaše dítě ve spánku přestalo dýchat a došlo k zástavě srdce, dokázal/a byste poskytnout první pomoc



49,3 % respondentů, tedy nejvíce, si není jisto, zda by ve stresu dokázali svému dítěti poskytnout první pomoc, i když správný postup znají. Zavoláním zdravotnické záchranné služby by situaci řešilo 23,0 % respondentů, protože neznají postup. 23,7 % respondentů zná postup poskytování první pomoci kojenci a dokázalo by jí poskytnout. 4,0 % respondentů by nedokázalo svému dítěti poskytnout první pomoc.

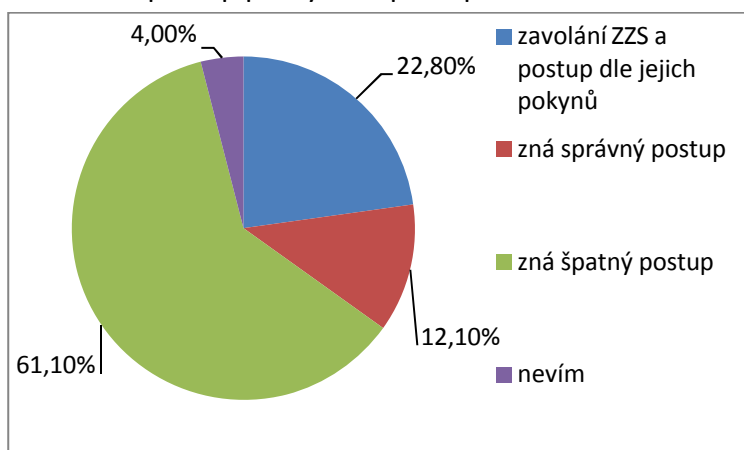
Zavoláním zdravotnické záchranné služby by situaci řešilo 38,8 % mužů a 14,2 % žen. 27,8 % mužů a 21,6 % žen si myslí, že znají postup poskytování první pomoci dítěti a dokázali by jí svému dítěti poskytnout. 27,8 % mužů a 61,2 % žen si myslí, že zná postup poskytování první pomoci, ale není si jisto, zda by ve stresu dokázalo správně reagovat. První pomoc svému dítěti by nebylo schopno poskytnout 5,6 % mužů a 3 % žen.

Vyhodnocení otázky č. 15 – Jaký by byl Váš postup poskytnutí první pomoci v případě srdeční zástavy u Vašeho dítěte?

Tabulka č. 15 – postup poskytnutí první pomoci

kategorie	n_i	f_i
zavolá ZZS a bude postupovat dle jejich pokynů	47	22,8 %
zná správný postup	25	12,1 %
zná špatný postup	126	61,1 %
neví	8	4 %
celkem	206	100 %

Graf č. 15- postup poskytnutí první pomoci



U této otázky měli respondenti možnost otevřené odpovědi. Odpovědi respondentů jsem poté zařadila do čtyř kategorií. Nejvíce respondentů zná špatný postup poskytování první pomoci – nejčastěji špatný resuscitační poměr, třesení s dítětem a špatný postup při volání ZZS. Do této kategorie spadá 61,1 % respondentů. 22,8 % respondentů by ihned volalo ZZS a postupovalo dle jejich pokynů. Správný postup poskytování první pomoci kojenci zná 12,1 % respondentů. Nevím, odpověděly 4 % respondentů.

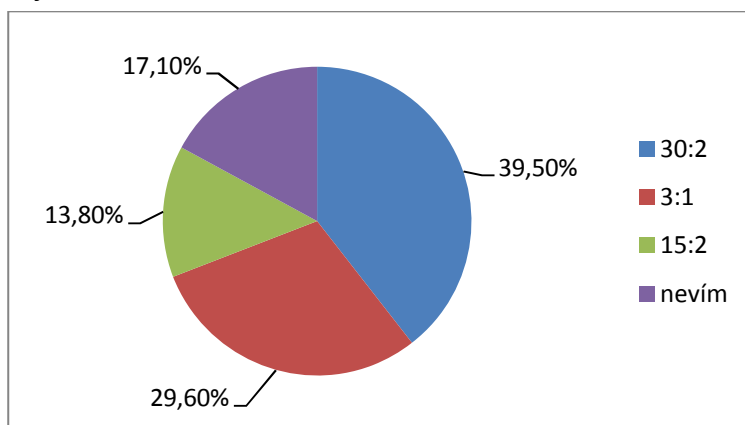
Zavoláním ZZS by situaci řešilo 38,8 % mužů a 14,2 % žen. Správný postup poskytování první pomoci zná 9,8 % mužů a 13,4 % žen. Špatný postup zná 45,8 % mužů a 69,4 % žen. Odpověď nezná 5,6 % mužů a 3 % žen.

Vyhodnocení otázky č. 16 – jaký je dle Vašeho mínění poměr stlačení hrudníku : vdechy při resuscitaci kojence : 30:2; 3:1; 15:2; 1:1; nevím?

Tabulka č. 16 – jaký je dle Vašeho mínění poměr stlačení hrudníku : vdechy při resuscitaci kojence

možnosti	n _i	f _i
30:2	81	39,5 %
3:1	61	29,6 %
15:2	29	13,8 %
1:1	0	0 %
nevím	35	17,1 %
celkem	206	100 %

Graf č. 16 – jaký je dle Vašeho mínění poměr stlačení hrudníku : vdechy při resuscitaci kojence



Nejvíce respondentů (39,5 %) zvolilo v této otázce možnost 30:2. Druhou nejčastější odpovědí je odpověď 3:1, kterou zvolilo 29,6 % respondentů. 13,8 % respondentů zvolilo možnost 15:2, která je správnou odpovědí. Odpověď na tuto otázku neznalo 17,1 % respondentů. Odpověď 1:1 nezvolil žádný respondent.

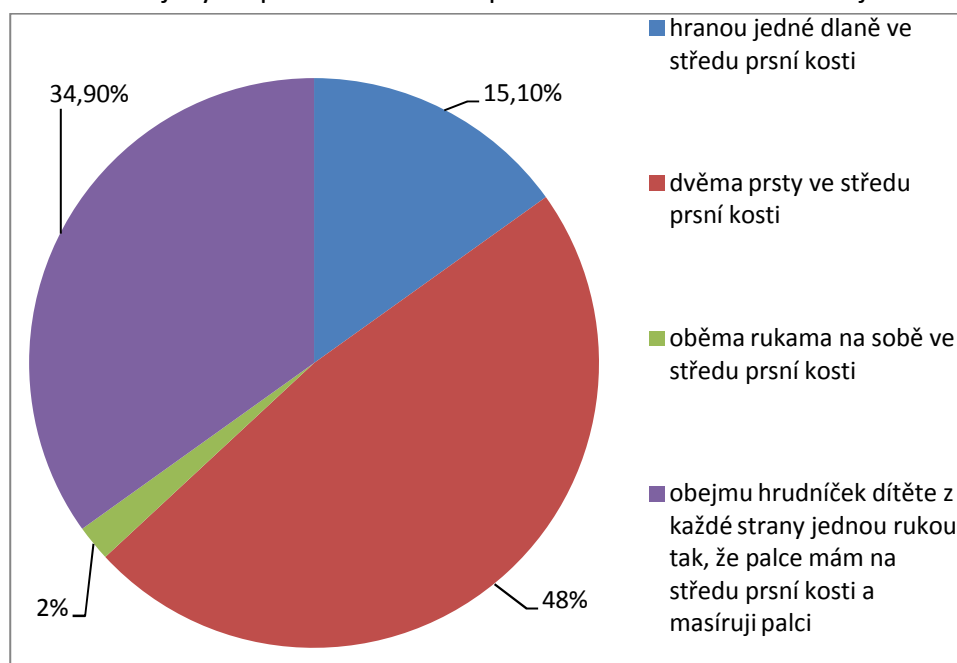
Správný poměr při resuscitaci 15:2 zvolilo 15,7 % žen a 11,1 % mužů. Odpověď 30:2 zvolilo 39,6 % žen a 38,9 % mužů. Poměr 3:1 zvolilo 33,5 % žen a 22,2 % mužů. Odpověď na tuto otázku neznalo 11,2 % žen a 27,8 % mužů

Vyhodnocení otázky č. 17- Jakým způsobem budete provádět srdeční masáž u kojence: hranou jedné dlaně ve středu prsní kosti; jedním prstem ve středu prsní kosti; oběma rukama na sobě ve středu prsní kosti; obejmu hrudníček dítěte z každé strany jednou rukou tak, že palce mám na středu prsní kosti a masíruji palci?

Tabulka č. 17 – jakým způsobem budete provádět srdeční masáž u kojence

možnosti	n_i	f_i
hranou jedné dlaně ve středu prsní kosti	32	15,1%
dvěma prsty ve středu prsní kosti	99	48 %
oběma rukama na sobě ve středu prsní kosti	3	2 %
obejmu hrudníček dítěte z každé strany jednou rukou tak, že palce mám na středu prsní kosti a masíruji palci	72	34,9 %
celkem	206	100 %

Graf č. 17 – jakým způsobem budete provádět srdeční masáž u kojence



Nejvíce respondentů (48 %) odpovědělo na tuto otázku, že by prováděli srdeční masáž u kojence dvěma prsty ve středu prsní kosti. Druhou nejčastější odpovědí bylo, obejmutí hrudníčku dítěte z každé strany jednou rukou tak, že palce mám na středu prsní kosti a masíruji palci, kterou zvolilo 34,9 % respondentů. Srdeční masáž u kojence hranou jedné dlaně ve středu prsní kosti by provádělo 15,1 % respondentů. 2 % respondentů by provádělo srdeční masáž oběma rukama na sobě ve středu prsní kosti.

Muži i ženy nejčastěji zvolili odpověď masírování dvěma prsty ve středu prsní kosti, tuto odpověď zvolilo 50 % mužů a 40 % žen. Obejmutím hrudníčku dítěte by provádělo srdeční masáž 44,4 % mužů a 29,9 % žen. Obě odpovědi jsou správné, masírováním dvěma prsty je postup při jednom zachránci a obejmutí hrudníčku je postup při více zachráncích. 5,6 % mužů a 20,9 % žen zvolilo odpověď provádění srdeční masáže hranou jedné dlaně ve středu prsní kosti. Pouze 2,2 % žen by provádělo srdeční masáž u kojence oběma rukama na sobě ve středu prsní kosti.

2.9 Závěry výzkumného šetření

Hlavní cíl:

Hlavním cílem mého šetření bylo zjistit, zda jsou rodiče informováni o problematice SIDS. Tento cíl byl ověřován otázkami č. 6, č. 9 a č. 10. Domnívala jsem se, že více jak 70 % rodičů bude informováno o problematice SIDS. Z mého šetření vyplývá, že se 92,8 % rodičů již s termínem SIDS setkalo. 94,8 % rodičů také ví, že SIDS je smrt dítěte bez zjevné příčiny, kterou neodhalí ani patolog. Otázka č. 9 byla otázkou otevřenou a respondenti měli možnost se vyjádřit, v jakém věku je dle jejich mínění dítě nejvíce ohroženo SIDS. V této otázce považuji za správné odpovědi: 0-6 měsíců, 3-6 měsíců a do roka. Tyto odpovědi označilo 52,9 % respondentů. Otázka č. 11 zjišťovala, zda rodiče znají preventivní opatření proti SIDS. Nejvíce respondentů (19,6 %) zná preventivní opatření spaní dítěte v poloze na zádech. Ve výzkumném šetření mi tedy vyšlo, že 65 % rodičů je informováno o problematice SIDS. Mnou očekávaný výsledek se **nepotvrdil**.

Dílčí cíle:

Cílem č. 1 bylo zjistit, zda jsou znalosti o SIDS stejné u matek i u otců. Předpokládala jsem, že znalosti matek budou lepší než znalosti otců. Znalosti matek a otců jsem pro potřeby vyhodnocení tohoto cíle srovnávala v otázkách č. 6, č. 10, č. 12, č. 14, č. 15, č. 16 a č. 17. U otázky č. 6 neznalo termín SIDS 6,7 % žen a 11,1 % mužů. V této otázce tedy byly ženy lépe informované než muži. V otázce č. 10 znalo správnou odpověď (SIDS je náhlá smrt dítěte bez zjevné příčiny) 98,5 % žen a 87,5 % respondentů. I v této otázce byly tedy ženy lépe informované než muži. Otázka č. 12 zjišťovala, zda respondenti dodržují preventivní opatření proti SIDS. Preventivní opatření proti SIDS dodržuje 61,8 % žen a 57,1 % mužů. V otázce č. 14 jsem zjišťovala, zda si rodiče myslí, že znají správný postup poskytnutí první pomoci. 21,6 % žen a 27,8 % mužů si myslí, že znají správný postup poskytování první pomoci kojenci a dokázali by jí svému dítěti poskytnout. 61,2 % žen a 27,8 % mužů si myslí, že zná postup poskytnutí první pomoci, ale nejsou si jisti, zda by ve stresu zvládli správně reagovat. Celkem si tedy 82,8 % žen a 55,6 % mužů myslí, že zná správný postup poskytnutí první pomoci svému dítěti. Otázka č. 15 zjišťovala, zda je postup poskytnutí první pomoci rodičů správný. Správný postup mělo 13,4 % žen a 9,8 % mužů. Správný poměr stlačení hrudníku : vdechy znalo 15,7 % žen a 11,1 % mužů- toto zjišťovala otázka č. 16. Pouze v jediné otázce byly znalosti mužů lepší než znalosti žen a to v otázce č. 17. Ta se zaměřovala na správný způsob srdeční masáže u kojence. Zde zvolilo správnou odpověď 69,9 % žen a 94,4 % mužů. Můj předpokládaný cíl se tedy **potvrdil**.

Cílem č. 2 bylo zjistit, zda rodiče znají preventivní opatření proti SIDS. Předpokládala jsem, že více jak 60 % rodičů zná preventivní opatření proti SIDS. Tento cíl ověřovala otázka č. 11. Zde měli respondenti možnost zvolit preventivní opatření, která znají. Nejvíce

respondentů ví, že spánek dítěte v poloze na zádech je preventivním opatřením proti SIDS. Tuto možnost označilo 19,6 % respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo nekouřit, tuto odpověď zvolilo 19,3 % respondentů. Dále považuji za významné zmínit některé odpovědi respondentů v této otázce. Zde uvedli respondenti monitor dechu a srdeční činnosti, neočkovat, aplikovat vitamín D a K, spaní s rodiči či nedávat spát dítě na záda – tyto odpovědi vypsalo celkem 36 respondentů (6 %). Tyto odpovědi respondentů nejsou správné a nijak nesnižují výskyt SIDS, naopak. Neočkování, neukládání dítě ke spánku do polohy na zádech a spaní ve společném lůžku s rodiči zvyšuje riziko SIDS. Můj předpokládaný výsledek se **nepotvrdil**.

Cílem č. 3 bylo zjistit, zda rodiče preventivní opatření proti SIDS dodržují. Předpokládala jsem, že více jak 40 % rodičů preventivní opatření dodržuje. Tento cíl byl ověřován otázkou č. 12. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 60,2 % respondentů dodržují/dodržovalo preventivní opatření proti SIDS. Mnou očekávaný výsledek se **potvrdil**.

Cílem č. 4 bylo zjistit, zda rodiče ví, jak poskytnout první pomoc v případě SIDS u jejich dítěte. Předpokládala jsem, že více jak 75 % rodičů ví, jak poskytnout první pomoc v případě SIDS u jejich dítěte. Tento cíl ověřovala otázka č. 15. Z mého šetření vyplynulo, že pouze 12,1 % respondentů zná správný postup poskytnutí první pomoci. Můj předpokládaný výsledek se **nepotvrdil**.

3 Diskuze

Problematika syndromu náhlého úmrtí kojence je často probírána v televizi, novinách a hlavně na internetu. Proto jsem se rozhodla ve svém výzkumu zjistit, zda jsou informace, které mají rodiče, správné. Celkem jsem zpracovala 206 dotazníků.

Syndromem náhlého úmrtí kojence se zabývá ve své bakalářské práci autorka Iveta Blehová (2013). Ta prováděla dotazníkové šetření u matek po porodu. Celkem se jejího výzkumu zúčastnilo 99 respondentek. Na otázku: Co je to SIDS? znalo ve výzkumu Blehové správnou odpověď 99 % respondentek. V mém výzkumu znalo odpověď na tuto otázku 94,8 % respondentů. Domnívám se, že je to tím, že v mém výzkumu měli respondenti možnost volit z více odpovědí, než ve výzkumu Blehové. V bakalářské práci Benčíkové (2010) znalo termín SIDS 94,64 % respondentek.

Blehová také zjišťovala, kde se respondentky o syndromu náhlého úmrtí kojence dozvěděly. Vyšlo jí, že nejvíce respondentek (31 %) do o SIDS dozvědělo z internetu a 26 % respondentek od lékaře. Ve svém výzkumu jsem došla k odlišným výsledkům – nejvíce respondentů se o SIDS dozvědělo z novin a časopisů (27,7 %) a z internetu (26,4 %).

Od lékaře se o této problematice dozvědělo 8,4 % respondentů. 63 % respondentek zvolilo ve výzkumu Blehové odpověď, že SIDS postihuje nejčastěji děti mezi 3. – 6. měsícem života. V mém výzkumu napsalo správnou odpověď 52,9 % respondentů. Domnívám se, že můj výzkum je v této otázce přesnější, než výzkum Blehové, protože v mém dotazníku měli respondenti odpovědět na tuto otázku otevřeně. Kdežto v dotazníku Blehové měli na výběr ze třech možností.

Blehová se ve svém výzkumu zaměřila také na znalosti poskytování první pomoci kojenci. Znalosti matek zjišťovala uzavřenými otázkami. Respondentky měly vždy na výběr z třech odpovědí, z nichž jedna vždy byla správná. Celkem respondentkám položila na toto téma 7 otázek. Všechny 7 správných odpovědí označilo pouze 1 % respondentek. Ve svém výzkumu jsem došla k zjištění, že správný postup poskytnutí první pomoci zná 12,1 % respondentů. Tento výsledek je sice lepší, než ke kterému došla ve svém výzkumu Blehová, ale i tak zná správný postup první pomoci jen velmi málo lidí. Na otázku Blehové, jak by matka postupovala při srdeční zástavě u svého dítěte, označilo správnou odpověď 40 % respondentek. Znalostí matek o kardiopulmonální resuscitaci dětí se ve své bakalářské práci zabývala také Bartusková (2013). Ta svůj výzkum prováděla formou rozhovorů. Zjistila, že pouze 15 % žen zná správný postup KPR dítěti. Její výsledky se tedy o moc neliší od těch mých, i přesto, že zvolila odlišnou metodu výzkumu. Naopak je tomu ve výzkumu Benčíkové. Ta uvádí, že 65 % respondentek uvedlo správný postup poskytování laické KPR dítěti. Domnívám se, že tento rozdíl je dán tím, že v jejím výzkumu

měly respondenty pouze seřadit možnosti postupu, podle toho, jak se domnívají, že budou správně. Možnosti jim byly nabídnuty, kdežto v mém výzkumu žádné možnosti respondenti neměli. Také se nezmiňuje o prvotních deších a době, kdy se volá ZZS. To byly velmi časté chyby respondentů.

Práci na téma SIDS, která by se zaměřovala na znalosti otců, se mi nepodařilo dohledat, proto své výsledky nemohu srovnat. Termín SIDS neznalo 11,1 % mužů. Správnou odpověď na otázku: Co je SIDS? znalo 87,5 % mužů. Preventivní opatření proti SIDS dodržuje 57,1 % mužů. 55,6 % mužů si myslí, že zná správný postup poskytování první pomoci kojenci. V otevřené otázce měli respondenti možnost podrobně popsat, jak by při poskytování první pomoci postupovali. Touto otázkou jsem zjistila, že pouze 9,8 % mužů zná správný postup. Zde je vidět velký rozdíl v tom, co si respondent myslí o svých znalostech a jaké jeho znalosti doopravdy jsou. Tento rozdíl byl velmi patrný i u žen. Správný poměr stlačení hrudníku : vdechy znalo 11,1 % mužů. Pouze v jedné otázce byly znalosti otců lepší, než znalosti žen a to v otázce zaměřující se na způsob provádění srdeční masáže. Správnou odpověď znalo 94,4 % mužů,

Při dotazu na rodiče, jaké preventivní opatření proti SIDS znají a jaká opatření dodržují, bylo poměrně často uvedeno používání domácích monitorů dechu a srdeční činnosti. Ty se v České republice běžně používají u zcela zdravých, fyziologických novorozenců i přesto, že Americká akademie pediatrii tyto monitory v domácím použití nedoporučuje. Moon et al. (2011) říkají, že neexistuje důkaz o vlivu monitorů na snížení výskytu SIDS. Používání monitorů je vhodné v indikovaných případech u dětí s extrémní kardiální nestabilitou. Dále celkem 6 % respondentů zvolilo možnost, že znají i jiná než nabídnutá preventivní opatření. Ani tyto opatření ale nejsou správné. Respondenti uváděli například neočkovat dítě, aplikovat vitamín D a vitamín K a spaní ve společném lůžku s rodiči. Souvislost s výskytem SIDS a očkováním nebyla nikdy prokázána. Naopak, očkování podpoří imunitu dítěte i proti jiným bakteriím než proti kterým je určeno. Očkování tedy patří do prevence SIDS. Spaní ve společném lůžku s rodiči je také rizikový faktor (viz. kapitola 1.2.4 – postneonatální faktory).

4 Doporučení pro praxi

V této kapitole bych ráda na základě zjištěných poznatků z výzkumného šetření uvedla návrhy na zlepšení informovanosti rodičů o problematice syndromu náhlého úmrtí kojence.

Nejdůležitější preventivní opatření snižující výskyt SIDS – spánek dítěte v poloze na zádech znalo pouze 119 respondentů z celkového počtu 206 respondentů. Ani jiná preventivní opatření nebyly mezi rodiči příliš rozšířená. Tuto situaci hodnotím jako nevyhovující, dodržováním preventivních opatření se dá snížit riziko SIDS na minimum. Respondenti uváděli jako nejčastější zdroj informací noviny, časopisy a internet, zatímco informace od lékaře či zdravotní sestry mělo minimum respondentů. Jako vhodné řešení se nabízí edukace. Myslím, že budoucí matky by měl někdo na téma preventivní opatření proti SIDS edukovat – gynekolog, pediatr či porodní asistentka.

Velmi mě zaskočily odpovědi respondentů, co se znalostí o poskytování první pomoci týče. Pouze 12,1 % rodičů zná správný postup poskytnutí první pomoci. Myslím, že by bylo vhodné zamyslet se nad vytvořením kurzů první pomoci pro rodiče. Sama se teď tímto nápadem kurzu první pomoci pro matky zabývám a snažím se o vytvoření kurzu v místě mého bydliště – v Písku.

Dále bych doporučovala ucelení a zlepšení informací dostupných na internetu. Bylo by prospěšné vytvořit internetové stránky, které by obsahovaly základní informace o problematice SIDS, etiologii, rizikové faktory, preventivní opatření a hlavně informace o poskytování první pomoci kojenci.

Bylo by také vhodné, vytvořit edukační brožurku či leták zaměřenou na preventivní opatření proti SIDS a na poskytování první pomoci kojenci. Tyto letáky či brožurky by pak měly být dostupné v ordinacích gynekologů a pediatriů.

5 Závěr

Cílem mé závěrečné práce bylo prozkoumat informovanost rodičů o syndromu náhlého úmrtí kojence. Některé výsledky jsem předpokládala, ale například velmi nízká informovanost rodičů o správném postupu poskytování první pomoci kojenci, mne překvapila nemile. Na závěr mohu tedy shrnout, že většina rodičů ví, co je SIDS, ale první pomoc umí správně kojenci poskytnout jen velmi málo rodičů. Proto bych doporučila vytvoření edukačního letáčku, či brožurky s tematikou poskytování první pomoci kojenci, která by se mohla rozdávat v ambulancích praktických gynekologů a pediatrů.

Na závěr bych ještě ráda poznamenala, že velmi důležitou roli při poskytování informací týkajících se SIDS – rizikové faktory, preventivní opatření, ale i týkající se poskytování první pomoci, zastává zdravotnický personál. Jen velmi málo respondentů uvedlo jako zdroj informací o SIDS lékaře či zdravotní sestru. Žijeme ve světě, kde internet je považován za důležitý zdroj informací, ale bohužel ne všechny informace dostupné na internetu jsou správné. Proto si myslím, že by lékaři, zdravotní sestry a porodní asistentky měli rodiče více informovat o problematice SIDS a hlavně je správně poučit o poskytování první pomoci kojenci.

Syndrom náhlého úmrtí kojence je stále tak trochu na hraně reality a sci-fi. Nikdo zatím nebyl schopný s jistotou říci, proč kojenci náhle umírají. Ale věřím, že pokud se mezi rodiče podaří rozšířit správné informace o preventivních faktorech SIDS, mohl by se počet zemřelých kojenců ještě snížit.

Seznam literatury

Abramson, H. (1994). Accidental mechanical suffocation in infants. *The Journal of Pediatrics*, 25, 404-413.

American Academy of Pediatrics (2000). Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for infant Sleeping Environment and Sleep Position. *Pediatrics*, 105, 650–656.

American Academy of Pediatrics (2005). The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*, 116, 1245-1255.

American Academy of Pediatrics (2011). SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 128, 1030- 1039.

Bartuskova, D. (2013). *Prevence úrazů novorozenců a kojenců* (bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno, ČR). Dostupnost na webu.

Benčíková, L. (2010). *Těhotenství a novorozenec, syndrom náhlého úmrtí kojenců* (bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno, ČR). Dostupnost na webu

Blood-Siegfried, J. (2009). The role of infection and inflammation in sudden infant death syndrome. *Immunopharmacol immunotoxicol*, 31, 516-523.

Blehová, I. (2013). *Informovanost matek o SIDS* (bakalářská práce, Vysoká škola polytechnická, Jihlava, ČR). Dostupnost na webu.

Bouška, I. & Toupalík, P. (2006). Syndrom náhlé smrti – je účinná prevence možná?. *Postgraduální medicína*, 8(6), 601-605.

Bouška, I. (2005). SIDS- náhlá smrt kojenců: etiologie stále nejasná, pokles úmrtnosti významný. *Lékařské listy*, 54(39), 2-3.

Citáty slavných osobností. (n.d.). Citováno 6. 3. 2015, dostupné z <http://citaty.net/autori/sofokles/>.

Česká resuscitační rada. (n.d.). Citováno 21. 2. 2015, dostupné z <http://www.resuscitace.cz>.

Fendrychová, J. (2006). Syndrom náhlého úmrtí kojence- doporučení Americké akademie pediatriů pro snížení incidence. *Florence*, 2(6), 27-28.

Guntherot, G. & Spiers, S. (2002). The triple risk hypotheses in sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 110(5), e64.

Hauck, F., Thompson, J., Tanabe, K., Moon, R. & Vennemann M. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 128, 103-110.

Hrbková, I. (2013). *Syndrom náhlého úmrtí kojence* (bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno, ČR). Dostupnost na webu.

Hrubá, D. (2011). Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie*, 15(1), 34-39.

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., et al. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developer countries. *Evid Report Technol Assessment*, 153, 1-186.

Kramplová, N. (2013). *Prevence syndromu náhlého úmrtí kojence v našich porodnicích* (bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno, ČR). Dostupnost na webu.

Kratochvílová, L. (2008). Postýlková smrt – syndrom náhlého úmrtí. *Sestra*, 18(5), 26-27.

Macháčková, E. (2014). *Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS)- nové poznatky* (bakalářská práce, Univerzita Karlova, Praha, ČR). Dostupnost na webu.

Matějů, E. & Kováč, P. (2006). Retrospektivní studie výskytu SIDS v ČR během období 1999-2004. *Pediatric pro praxi*, 7(2), 109-113.

Mihál, V. & Potomková, J. (2009). Pronační spánková poloha kojenců jako rizikový faktor SIDS s nejvyšší silou důkazu. *Pediatric pro praxi*, 10(2), 127-131.

Moon, R. et al. (2011). SIDS and other sleep-related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 128(5), 1341-1367.
Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/e1341>

Moon, R. & Fu, L. (2012). Sudden infant death syndrome: an update. *Pediatr Rev*, 33, 314-320.

Moon, R. Y., Horne, R. & Hauck, F. R. (2007). Sudden infant death syndrome. *The Lancet*, 370(9598), 1578-1587. Dostupné z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607616626>

Muntau, A & Sztányi, P. (2014). *Pediatric. (6. vydání)* Praha: Grada.

Murrell, C., Murrell, G., & Lindsay, A. (1994). Sudden infant death syndrome (SIDS): are common bacterial toxins responsible, and do they have a vaccine potential? *Vaccine*, 12(4), 365-368.

Paul, K. (2006). Syndrom náhlého úmrtí kojence. *Vox pediatrics*, 6(5), 23-24.

Petr, J. (2010). Syndrom náhlého úmrtí kojenců a serotonin. *Medical tribune*, 6(5), D7

Roztočil, A (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada.

SIDS- mysterium, nebo fakta? (2009). *Medical tribune*, 5(24), C2.

Widdows, K., Omalle, A., Oneill, B., Kingdom, J., Gillan, J., & Ansari, T. (2012). Altered placental development in pregnancies resulting in sudden infant death syndrome (SIDS). *Early human development*, 88(10), 805-811.

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku	27
Tabulka č. 2 - věková kategorie respondentů.....	27
Tabulka č. 3 – vzdělání respondentů.....	28
Tabulka č. 4 – bydliště respondenta	29
Tabulka č. 5 – děti respondenta.....	29
Tabulka č. 6 – setkal/a jste se již s termínem SIDS.....	31
Tabulka č. 7 – kde jste se dozvěděl/a o syndromu náhlého úmrtí kojence	31
Tabulka č. 8 – kdy jste se začal/a zajímat o SIDS	33
Tabulka č. 9 – v jakém věku je podle vašeho mínění dítě nejvíce ohroženo SIDS.....	34
Tabulka č. 10 – co podle Vás je syndrom náhlého úmrtí kojence	35
Tabulka č. 11 – jaká preventivní opatření snižující výskyt SIDS znáte	36
Tabulka č. 12 – dodržoval/a jste nebo v současné době dodržujete nějaká preventivní opatření	37
Tabulka č. 13 – jaký je Váš názor na přístroje monitorující dech a tep dítěte.....	38
Tabulka č. 14 – pokud by Vaše dítě ve spánku přestalo dýchat a došlo k zástavě srdce, dokázal/a byste poskytnout první pomoc	39
Tabulka č. 15 – jaký by byl Váš postup poskytnutí první pomoci v případě srdeční zástavy u Vašeho dítěte	40
Tabulka č. 16 – jaký je dle Vašeho mínění poměr stlačení hrudníku : vdechy při resuscitaci kojence.....	41

Tabulka č. 17 – jakým způsobem budete provádět srdeční masáž u kojence	42
--	----

Seznam grafů

Graf č. 1 – zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku	27
Graf č. 2 - věková kategorie respondentů	28
Graf č. 3 – vzdělání respondentů	28
Graf č. 4 – bydliště respondenta	29
Graf č. 5 – děti respondenta	30
Graf č. 6 – setkal/a jste se již s termínem SIDS	31
Graf č. 7 – kde jste se dozvěděl/a o syndromu náhlého úmrtí kojence	32
Graf č. 8 – kdy jste se začal/a zajímat o SIDS	33
Graf č. 9 – v jakém věku je podle vašeho mínění dítě nejvíce ohroženo SIDS	34
Graf č. 10 – co podle Vás je syndrom náhlého úmrtí kojence	35
Graf č. 11 – jaká preventivní opatření snižující výskyt SIDS znáte.....	36
Graf č. 12 – dodržoval/a jste nebo v současné době dodržujete nějaká preventivní opatření	37
Graf č. 13 – jaký je Váš názor na přístroje monitorující dech a tep dítěte	38
Graf č. 14 – pokud by Vaše dítě ve spánku přestalo dýchat a došlo k zástavě srdce, dokázal/a byste poskytnout první pomoc	39
Graf č. 15 – jaký by byl Váš postup poskytnutí první pomoci v případě srdeční zástavy u Vašeho dítěte	40
Graf č. 16 – jaký je dle Vašeho mínění poměr stlačení hrudníku : vdechy při resuscitaci kojence.....	41
Graf č. 17 – jakým způsobem budete provádět srdeční masáž u kojence	42

Seznam zkratek a symbolů

AAP	Americká asociace pediatriů
č.	číslo
DHA	kyselina dokosaheptaenová
KPR	kardiopulmonální resuscitace
MNK	Mezinárodní klasifikace nemocí
např.	například
SIDS	Syndrom náhlého úmrtí kojence
tvz.	tak zvané, tak zvaných
ZZS	zdravotnická záchranná služba

Přílohy

Příloha A - tabulka počtu zemřelých dětí v ČR na SIDS

Počet zemřelých na SIDS v ČR v letech 2006-2013 (zdroj: Český statistický úřad)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
chlapci	6	13	10	10	13	11	5	11
dívky	5	9	2	5	7	7	5	5
Celkem	11	22	12	15	20	18	10	16

Příloha B - dotazník

Vážená paní, vážený pane,

chtěla bych Vás poprosit o vyplnění krátkého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Jeho vyplnění Vám zabere maximálně 10 minut času. Jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Pro úspěšné zakončení studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma „Informovanost rodičů o syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS).“ Dotazník je naprosto anonymní a výsledky tohoto šetření budou použity pouze pro účely zpracování této práce.

Velice si vážím Vaší pomoci, času, který mi věnujete, a za to vše předem děkuji.

Denisa Škvorová

1. Vaše pohlaví

- A) muž
- B) žena

2. Kolik je Vám let? _____

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- A) základní
- B) středoškolské
- C) vyšší odborné
- D) vysokoškolské

4. Pocházíte

- A) z vesnice
- B) ze středně velkého města
- C) z velkoměsta

5. Máte děti?

- A) ano- jedno
- B) ano- více
- C) očekávám potomka
- D) ne (v tomto případě prosím již s vyplňováním nepokračujte)

6. Setkal/a jste se již s termínem „syndrom náhlého úmrtí kojence“?

- A) ano
- B) ne

7. Kde jste se o syndromu náhlého úmrtí kojence dozvěděl/a ? (možno zakroužkovat více možností)

- A) z internetu
- B) od lékaře – gynekologa
- C) od lékaře- pediatra
- D) od zdravotní sestry
- E) od partnera /partnerky
- F) z novin či časopisů

- G) z televize
- H) od známých či příbuzných
- I) jinde, uveďte kde : _____
- J) dosud jsem se nedozvěděl/a o syndromu náhlého úmrtí kojence

8. Kdy jste se o syndrom náhlého úmrtí kojence začal/a zajímat?

- A) v těhotenství (partnerky)
- B) ještě před otěhotněním (partnerky)
- C) po porodu (partnerky)
- D) nikdy jsem se o tuto problematiku nezajímal/a

9. V jakém věku je podle Vašeho mínění dítě syndromem náhlého úmrtí kojence nejvíce ohroženo?

.....

10. Co podle Vás je syndrom náhlého úmrtí kojence?

- A) smrt dítěte kvůli srdeční vadě
- B) úmrtí dítěte na infekční onemocnění (chřipka, černý kašel..)
- C) smrt dítěte bez zjevné příčiny, příčinu úmrtí dítěte neurčí ani patolog
- D) úmrtí dítěte na skrytou vývojovou vadu či dědičné onemocnění
- E) nevím

11. Jaká preventivní opatření snižující výskyt syndromu náhlého úmrtí kojence znáte? (možnost více odpovědí)

- A) nekouřit v těhotenství
- B) používat šidítka (dudlík)
- C) spánek dítěte v poloze na zádech
- D) nepřehřívat dítě
- E) zastýlat konec přikrývky
- F) ukládat dítě na samostatné lůžko
- G) nepodchlazovat dítě
- H) ukládat dítě na kvalitní matraci
- CH) žádná
- I) jiná, uveďte jaká

12. Dodržoval/a jste nebo v současné době dodržujete nějaká preventivní opatření? (odpovězte pouze v případě, že jste již rodičem)

- A) ne
- B) ano, uveďte jaká.....

.....

13. Jaký je Váš názor na přístroje monitorující dech a tep dítěte (Baby Sence) ?

- A) je to zbytečné, jenom marketingový tah
- B) šikovná věc, zvyšuje to bezpečnost dítěte
- C) používám / používal/a jsem, a osvědčil se

D) používám /používal/a jsem, ale neosvědčil se – uveďte proč.....

.....

14. Pokud by Vaše dítě ve spánku přestalo dýchat a došlo k zástavě srdce, dokázal /a byste poskytnout první pomoc?

- A) ano, znám postup
- B) ano, neznám postup ale zavolám zdravotnickou záchrannou službu a oni mi poradí
- C) nevím, znám postup, ale nejsem si jist/a, zda bych dokázal/a ve stresu správně reagovat
- D) ne, neznám postup

15. Jaký by byl Váš postup poskytnutí první pomoci v případě srdeční zástavy u Vašeho dítěte?

.....

.....

.....

.....

.....

16. Jaký je dle Vašeho mínění poměr stlačení hrudník: vdechy při resuscitaci kojence?

- A) 30:2
- B) 3:1
- C) 15:2
- D) 1:1
- E) nevím

17. Jakým způsobem budete provádět srdeční masáž u kojence?

- A) hranou jedné dlaně ve středu prsní kosti (mezi prsními bradavkami)
- B) dvěma prsty ve středu prsní kosti
- C) oběma rukama na sobě ve středu prsní kosti
- D) obejmí hrudníček dítěte z každé strany jednou rukou tak, že palce mám na středu prsní kosti a masíruji palci.

Ještě jednou děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, (hůlkovým písmem)	jméno	číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis